

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 93.

DES
INTERNEMENTS ABUSIFS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 mars 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque-Xavier ADAM

INTERNE A CHARENTON

Né à Bourg (Ain), le 1^{er} janvier 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

6 RUE DE LA CHARITÉ

LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1912

DES INTERNEMENTS ABUSIFS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 93.

DES
INTERNEMENTS ABUSIFS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 mars 1912

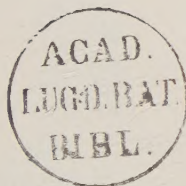
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque-Xavier ADAM

INTERNE A CHARENTON

Né à Bourg (Ain), le 1^{er} janvier 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ
LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LÉPINE (Jean/).
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	COLLET.
Pathologie interne.	LESIEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale.	COURMONT (J.).
Hygiène.	PIC.
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (El.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PIC, Président ; M. J. LÉPINE, Assesseur ;
MM. EL. MARTIN et CADE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

C'est à mon père, le Docteur A. Adam, médecin directeur de l'asile Saint-Georges, à Bourg, mon premier maître et mon meilleur ami, et à ma mère, dont la tendresse est, pour moi, le plus précieux des biens, que je dédie ce modeste travail. Je tiens à les remercier de tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi, et à leur exprimer mes sentiments de profond amour filial.

Ma grand'mère, qui sut si bien pratiquer l'art chanté par le poète, mes frères et mes sœurs, sont assurés de mon indéfectible affection, qui s'étend aussi à tous les membres de mes deux familles, alsacienne et bressane.

Ma pensée va encore aujourd'hui à ceux des miens qui m'ont aimé et qui ne sont plus.

Etudiant à Lyon, j'ai trouvé au foyer familial de deux de mes maîtres, les professeurs Koehler, de la Faculté des Sciences, et Florence, de la Faculté de Médecine, un accueil des plus aimables. Qu'ils veuillent bien agréer, ainsi que tous les leurs, l'assurance de mon affectueuse reconnaissance,

M. le professeur Pic, médecin des hôpitaux, a bien voulu garder de longs mois auprès de lui son jeune compatriote. J'ai appris dans son service le peu que je sais. Aujourd'hui, il me fait l'honneur de présider la soutenance de ma thèse, je le remercie vivement, ainsi que tous les maîtres lyonnais, qui ont bien voulu me porter quelque intérêt : les professeurs R. Lépine, Rollet, Aug. Pollosson, Fabre, Regaud, Lesieur et Etienne-Martin.

Je regrette que l'éloignement de Lyon, ne m'ait permis de profiter qu'à de trop rares intervalles, des intéressantes leçons cliniques et théoriques des professeurs Pierret et Jean Lépine.

M. le professeur Régis m'a témoigné plusieurs fois un intérêt affectueux, dont je lui suis particulièrement reconnaissant.

Interne à Charenton, j'ai trouvé auprès de mon maître, le Docteur Roger-Mignot, un enseignement précieux et des témoignages d'une affection flatteuse. Il m'a inspiré ce travail et guidé dans sa rédaction. Toute ma reconnaissance et tout mon dévouement lui sont acquis.

J'ai été l'interne du Docteur Ritti juste assez longtemps pour regretter davantage son départ prématuré : qu'il veuille bien agréer mes respectueux hommages.

Je n'ai également été que quelques semaines l'élève du Docteur Marchand ; j'ai gardé de ce temps-là le meilleur souvenir, et je compte bien compléter un jour mon éducation, dans le service des femmes, que dirige ce maître distingué.

Le Docteur Dupouy, m'a toujours témoigné un intérêt, qui lui donne droit à toute ma reconnaissance.

Les Docteurs Damalix, chirurgien en chef, et Beausse-nat, chirurgien, m'ont réservé dans leur service un accueil aimable, dont je ne saurais trop les remercier.

Depuis que je m'occupe des aliénés, j'ai visité un certain nombre d'asiles et pris part à plusieurs Congrès. Partout, j'ai remarqué l'empressement que mettent les maîtres de la psychiatrie à guider et à conseiller les jeunes. Je ne puis citer ici tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à moi ; je veux cependant remercier particulièrement le Docteur Jacquin, médecin chef de Sainte-Madeleine, à Bourg, qui m'a donné, pour ce travail, de précieuses indications.

Je me flatte d'avoir de nombreux amis : camarades de collège, de régiment ou de faculté, collègues d'internat, relations de salle de garde. Je leur dois les meilleurs moments de mon existence ; je tiens à les assurer de l'inaltérabilité de mes sentiments à leur égard.

Charenton, 2 mars 1912.

F. A.

INTRODUCTION

Des prétendues séquestrations arbitraires : ce qu'il faut en penser ; quelques opinions. — Existence de séquestrations abusives.

Il est certaines maladies et certaines malformations congénitales, qui, par les désordres cérébraux qu'elles occasionnent, enlèvent définitivement ou temporairement à ceux qu'elles affligent, la faculté d'apprécier les faits d'une manière normale, et provoquent chez eux des réactions inadéquates aux circonstances et quelquefois dangereuses pour eux-mêmes et pour les personnes qui les entourent.

Ce sont ces malades que l'on désigne sous le nom d'*aliénés*.

Pour se défendre contre les dangers qu'ils lui font courir, bien plus que pour les soigner, la société s'est arrogé le droit de les priver de leur liberté et de les tenir enfermés dans des maisons spéciales. Mais l'idée que des gens sains d'esprit pourraient être internés par erreur ou que les asiles pourraient devenir des oubliettes, dans lesquelles un conjoint, une famille, un parti politique, pourraient faire disparaître une personne embarrassante, a toujours hanté l'esprit du public,

Aussi la question de l'internement des aliénés a-t-elle toujours suscité, dans toutes les classes de la société, les critiques les plus passionnées et les plus violentes. Les discussions que soulevèrent au Parlement et dans la presse les différents projets de loi, destinés à modifier l'état actuel des choses, le bruit fait dans les feuilles quotidiennes autour de certaines séquestrations, ont provoqué dans le public une émotion qui ne se calme que rarement et qui est en tout cas facilement réveillée par le moindre incident.

C'est le plus souvent sous le nom de séquestration arbitraire que la question est traitée, par les journalistes d'abord, mais également par les hommes politiques, qui, même les plus pondérés, tels Gambetta, il y a quelque trente ans, et plus récemment MM. Clémenceau, Reinach, Dubief et d'autres, ont cru à la réalité du danger.

Le sujet que nous abordons aujourd'hui n'a rien de commun avec ces prétendus faits de séquestrations arbitraires. En effet, malgré une trop courte fréquentation des aliénés et de leurs familles, nous estimons, et nous nous trouvons pour ce faire en bonne compagnie, que ces séquestrations criminelles sont excessivement rares, si tant est que l'on puisse en citer quelques exemples.

Le professeur Bajenoff (12)¹, qui vécut de longues années en France, avant de diriger des maisons d'aliénés dans un pays où la liberté individuelle est moins garantie que chez nous, s'exprime en les termes suivants, dans la préface de l'ouvrage publié, il y a deux ans, par le Docteur Dubief (60) :

(1) Les nombres placés après les noms d'auteurs renvoient à la bibliographie.

« Ce que je me permets de vous reprocher, c'est d'avoir transporté tout le poids de votre argumentation sur la question des séquestrations arbitraires dans les établissements spéciaux. Pourtant, votre haute autorité scientifique et politique, et votre connaissance approfondie de la vie des asiles, vous auraient pu fournir tous les moyens nécessaires, pour réagir efficacement contre ce préjugé, si enraciné dans l'opinion publique française, des séquestrations arbitraires, qui, en réalité, n'ont lieu qu'à l'Ambigu et dans les romans feuilletons de la presse boulevardière. »

Et plus loin :

« Au cours d'un siècle, et en faisant feu de tout bois, on compte trois ou quatre séquestrations soi-disant arbitraires... et encore est-ce bien établi et prouvé ? »

Le Docteur Garnier (66), le regretté médecin chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, soutenait la même thèse.

M. Mirman, directeur de l'Assistance publique, déclarait, dans un discours (Amiens 1909), que jamais et nulle part, il n'avait trouvé une preuve, ni même un commencement de preuve, que des individus normaux et sains eussent été, par intérêt, internés dans les asiles d'aliénés.

Le professeur Régis (127) et son élève Izard (74) disent que les séquestrations arbitraires ne se produisent que dans les familles où elles s'accompagnent d'ailleurs souvent de sévices graves. Chaque année on découvre dans quelque soupente, abandonnés, presque nus, et quelquefois attachés, des déments, des enfants idiots, des épileptiques, qui sont ainsi maltraités par les leurs, parce que leur turbulence et leur malpropreté les rend insupportables. Nous pourrions, quant à nous, citer le cas d'un

évêque devenu paralytique général et que sa famille tenait enfermé dans une écurie, où il mourut.

C'est là qu'est le danger, et non dans les asiles, où les séquestrations arbitraires n'existent pas.

Au reste, la consommation de ces internements criminels serait assez difficile. Elle nécessiterait, en effet, dans les asiles publics, la double complicité d'un praticien du dehors, et du médecin en chef, qui tient ses pouvoirs du ministère de l'Intérieur. Dans les asiles privés, il faudrait en outre la complicité d'un médecin inspecteur, imposé par la préfecture, pour contre-visiter tout nouveau malade dans les trois jours qui suivent son arrivée. Que l'on veuille bien songer également, que le Parquet est immédiatement averti de tout placement, et fait une enquête ; que le président du Tribunal, le procureur et le juge de paix, sont chacun tenus de visiter les établissements publics ou privés, au moins une fois par trimestre ; que dans certains asiles la commission de surveillance se fait présenter tous les malades entrés depuis sa dernière visite (ces visites sont mensuelles) ; qu'enfin, chaque aliéné a le droit d'adresser aux autorités administratives ou judiciaires, des plaintes qui, si elles étaient retenues par les « chefs d'établissements » exposeraient ceux-ci à des peines pouvant atteindre un an de prison (art. 29 et 41 de la loi de 1838).

D'autre part, les asiles ne sont pas des prisons, beaucoup de malades circulent librement au dehors ; des familles pénètrent dans les quartiers pour y visiter les leurs, il est impossible de dissimuler un homme qui ne serait pas aliéné. Et puis, ne faut-il pas compter avec les inévitables froissements résultant de l'exercice de l'autorité,

froissements qui font naître chez tel ou tel membre du personnel des dispositions hostiles à l'égard du chef de service ? Ne faut-il pas compter aussi avec la disposition d'esprit morbidement malveillante de certains malades sortants, périodiques ou autres ? Ce sont là des éléments susceptibles de créer en tout temps des ennuis au médecin, et qui ne manqueraient pas d'entrer en activité dans le cas où celui-ci chercherait à soustraire, par des manœuvres quelconques, un pensionnaire au contrôle des représentants de l'autorité.

Enfin, il est une expérience intéressante à faire et qui nous a toujours donné, pour notre part, des résultats rassurants. Demandez aux malades qui partent guéris, ou aux infirmiers, les plus anciens comme les plus nouveaux, s'ils trouvent parmi les pensionnaires quelque personne qui ne soit pas atteinte de folie et dont l'internement leur paraisse injustifié ; ils ne vous répondront jamais par l'affirmative.

Personnellement, nous connaissons deux malades dont l'internement souleva de vives protestations, et dont la presse s'occupa. L'un est encore interné à l'asile de Bourg, c'est un dément précoce paranoïde. Quand on l'amena à l'asile (placement volontaire), des voisins prétendirent que sa sœur le faisait interner, pour pouvoir sans témoin gênant s'abandonner amoureusement dans les bras d'un oncle sexagénaire. Pour ces bons voisins la chose était certaine, n'auraient-ils pas vu l'oncle en question, vieux fonctionnaire retraité, se promener avec sa nièce dans la montagne ! D'autres, la politique aidant, virent dans cette séquestration, une manœuvre du curé, car le pauvre malade avait cessé depuis quelque temps

toute pratique religieuse ! La feuille de renseignements, demandée par le Parquet au juge de paix, revint avec cette mention : *il y a certainement séquestration arbitraire*. Cet avis éclairé, suivi de dénonciations et d'une campagne de presse, motiva une enquête, qui rétablit facilement les faits.

L'histoire de notre second malade est plus curieuse. Elle a, du reste, fait l'objet d'un article de notre maître, le Docteur Mignot (en collaboration avec A. Antheaume) (6). Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, interné à Charenton depuis vingt ans. Après une adolescence normale, il devint sombre de caractère, misanthrope et particulièrement misogyne, et manifesta quelques idées de culpabilité. Son père étant mort sur ces entrefaites, il hérita d'une assez grosse fortune, qu'il perdit presque totalement dans des spéculations absurdes. Il se mit ensuite à faire de la propagande religieuse, prêchant la chasteté, se disant le Christ. Il renonça alors au catholicisme pour se faire protestant. Peu après, il était interné. Or, depuis cette époque, une campagne est menée par des amis fidèles... et constants, dans le but de faire sortir ce malade « que les catholiques ont mis à Charenton », dit un factum mis en circulation par le *Comité des amis de M. T...* Car il s'est fondé un comité, qui, par la voix de la presse (un quotidien a été poursuivi par la famille et condamné), par des démarches auprès des magistrats, et par des circulaires, cherche à obtenir la mise en liberté du malheureux malade, qui, aujourd'hui complètement dément, est resté absolument indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

Mais, si nous sommes persuadés qu'il n'y a pas, dans

les asiles publics ou privés, un seul individu *criminellement* séquestré, nous n'en croyons pas moins pouvoir démontrer, qu'il y a un grand nombre de malades dont l'internement est *abusif*. Nous voulons dire par là que cet internement, quoique conforme à la lettre de la loi actuellement encore en vigueur, et même par celle en préparation, est critiquable moralement.

Dans la pratique, nous nous sommes aperçus que les victimes de ces internements étaient de deux catégories. La première comprend des malades atteints d'affections générales *chroniques* (cancer, artério-sclérose, hémorragie cérébrale, syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique...) ou *aigus* (pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, insolation...), au cours desquelles apparaissent des troubles mentaux passagers.

Elle comprend encore des vieillards affaiblis intellectuellement et de ce fait parfois bruyants et fatigants.

Or, souvent des familles peu affectueuses, ou des administrations hospitalières désireuses de se débarrasser d'un être encombrant, mais inoffensif, profitent de ces légers troubles, constatés par un certificat, pour faire interner ces malheureux.

Une seconde catégorie comprend un grand nombre de malades qui, atteints de psychoses chroniques, ne sont pas susceptibles de vivre en pleine liberté, pourraient bénéficier, dans un milieu hospitalier, familial ou colonial, d'un genre de vie plus approprié à leur état.

Dans cette catégorie, nous aurons aussi à parler de l'internement des enfants, des épileptiques, et surtout de certains aliénés, dits criminels, qui jettent le désordre dans les asiles, y encombrent les services et y traînent une existence oisive et inutile.

C'est de l'ensemble de ces malades dont parlait Toulouse (152), quand il écrivait : « L'isolement général des aliénés est une mesure arbitraire, en ce qu'elle s'applique à un groupe d'individus dont beaucoup ne sont pas dangereux, ainsi que le prouvent les colonies familiales d'insensés. »

De même, Pecters (118), dans un mémoire qu'il lut le 28 janvier 1905, à l'Académie royale de Belgique, pays dont la législation des aliénés est calquée sur la nôtre, s'exprime ainsi : « Bien que l'on ne connaisse pas en Belgique de séquestration arbitraire sous le régime de la loi de 1850-1874, il y a une séquestration inutile et injustifiable, c'est celle qui consiste à retenir dans les asiles des aliénés susceptibles de jouir de l'assistance familiale. »

Il y aurait évidemment des avantages de plusieurs ordres (moraux, sociaux, médicaux, administratifs) à modifier l'organisation actuelle de l'assistance. Bien qu'il serait à tous égards désirable que l'asile fût considéré comme un hôpital ordinaire, spécialisé pour certaines affections cérébrales, on ne saurait, d'autre part, négliger, si fausse soit-elle, l'opinion d'une époque qui regarde ce qu'elle appelle la folie comme un mal mystérieux et presque infamant. Il faut, en attendant des jours meilleurs, protéger, quand on le peut, les individus contre les ennuis et les préjudices que leur cause un internement passager, et épargner à leurs descendants et collatéraux la tare, qu'est encore pour eux le fait d'avoir un parent dans un asile. C'est le côté social et moral de la question.

Au point de vue médical et administratif, il est urgent de lutter contre l'envahissement de l'asile *dépotoir*, où

un seul médecin a quelquefois jusqu'à 1080 malades à traiter (Grenoble) et où l'encombrement deviendra de plus en plus grand, si l'on n'a pas de moyens d'évacuation. Le chiffre des entrées n'est, en effet, jamais compensé par celui des sorties, par décès, guérisons, ou autres causes. « C'est comme le lit d'une rivière qui s'enlise fatalement, si l'on ne lutte pas contre l'envahissement des sables par des travaux de dragage. » (Bajenoff.) (12).

Pour ce qui est du point de vue économique, il est inutile d'insister sur les avantages des placements coloniaux pour ceux qui peuvent en profiter, ou de l'internement d'un certain nombre des aliénés dits criminels, dans des asiles où l'on pourrait les faire travailler.

Nous nous proposons de traiter ce sujet d'une façon clinique, c'est-à-dire en nous appuyant sur des observations qui permettent de toucher du doigt la plaie que nous signalons, et de se rendre compte du mode d'assistance nécessaire à chacun.

Nous allons d'abord faire un historique rapide de la question, et nous montrerons quelles sont, actuellement, les conditions légales qui permettent l'internement d'un malade dans un asile soumis à la loi de 1838. Puis, dans une série de chapitres, nous établirons pour chaque catégorie d'aliénés les abus et les inconvénients du régime actuel.

Enfin, nous terminerons en exposant les réformes susceptibles, selon nous, de résoudre ce problème, dont l'intérêt ne saurait être contesté par quiconque a eu, comme médecin, législateur, administrateur ou magistrat, à s'occuper de cette question.

Ce n'est pas sans une certaine hésitation que nous

avons abordé ce sujet, et maintenant encore nous craignons d'être accusé de présomption en voulant tracer les plans de la cité future. Mais après avoir constaté que dans le pays de Pinel et d'Esquirol l'évolution de l'assistance aux aliénés était, après un si bel essor, resté à peu près stationnaire, après nous être assuré, par la visite de quelques asiles, et par la lecture de nombreux rapports médico-administratifs que partout les médecins protestaient contre l'organisation actuelle, nous avons laissé là nos appréhensions et nous avons fait nôtre la pensée de Jules Simon : « Sans avoir la prétention d'innover en matière de bienfaisance, on peut suivre à la trace ceux qui ont aimé l'humanité, et qui l'ont secourue, profiter à la fois de leurs erreurs et de leurs exemples et dans cette humble mesure avec beaucoup de zèle, un peu de bon sens et de patientes études faire modestement quelque bien. »

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'assistance aux aliénés et conditions légales de l'internement et de la sortie.

L'ère prépinélienne : saint Jean de Dieu. — Pinel, Pussin, Esquirol. — La loi de 1838 : ses détracteurs. — Les différents projets de réforme. — La loi en préparation. — Les conditions actuellement nécessaires pour interner les aliénés. — De la sortie.

Il est peu d'histoire aussi lamentable que celle de l'assistance aux aliénés. On arrive presque à une époque contemporaine sans que rien n'ait été fait pour ces malheureux, qui quelquefois considérés comme des émanations de la divinité, et honorés comme tels, furent bien plus généralement regardés comme des suppôts de démons et de ce fait traqués et condamnés au bûcher.

Ce n'est qu'au début du xv^e siècle que des moines vaguement médecins, les frères de la Merci, s'étant donnés pour mission de racheter aux populations musulmanes les prisonniers chrétiens, remarquèrent dans les pays d'Orient des institutions hospitalières spécialement destinées aux aliénés et fondèrent à Valence (Espagne) le premier asile que vit l'Europe.

Mais, hélas ! si nous en croyons saint Jean de Dieu, qui s'y fit enfermer par esprit de pénitence, le remède fut pire que le mal : « Chaque jour, dit-il, on étend l'aliéné sur un banc, pieds et poings liés, on le fustige sur la chair avec un fouet tordu de cordes, on le relève ensuite et on l'enferme tout sanglant dans une loge isolée, pour recommencer le lendemain. »

En France, ce ne fut que plus tard encore, sous l'influence de saint Vincent de Paul, que certaines congrégations ouvrirent leurs hôpitaux aux aliénés. Peu après se créèrent quelques hospices vaguement destinés à ce genre de malades ; mais ils devinrent en réalité des maisons de sûreté dans lesquelles étaient confondus les déments, les criminels, et même des prisonniers politiques. De ce type étaient Armentières, Charenton, Cadillac... et même la Bastille, qui, d'après un travail récemment publié par Sérieux (147) et Libert, renfermait entre autres pensionnaires un grand nombre d'aliénés. Cependant, un arrêt du Parlement (16 septembre 1660) décida que « tous les fous de Paris » passeraient d'abord par l'Hôtel-Dieu, où une quarantaine de places leur étaient réservées. On les y soignait quelque temps par des douches, des bains froids, quelques saignées, avec adjonction d'hellébore, de purgatifs et d'antispasmodiques. »

Si, au bout de quelques semaines, ils n'étaient point guéris on les envoyait aux Petites Maisons, à la Salpêtrière ou à Bicêtre. « Là, mal nourris, couverts de haillons, chargés de chaînes et de colliers de fer, confinés dans d'infects cabanons destinés jadis aux criminels, couchés sur de la paille pourrie, respirant de l'air méphitique, ils traînaient une vie misérable, exposés à la

vue du public qui, les jours de fête, étaient admis, moyennant rétribution, à se repaître de leur spectacle, et à les agacer à travers les barreaux de leur cage (Régis, 127). »

Cependant, le grand mouvement humanitaire de la fin du xvm^e siècle devait apporter aux aliénés quelques soulagements : mais ce n'était pas encore dans un but médical que la loi du 16-24 août 1790 chargeait les municipalités « d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être causés par les insensés ou furieux, laissés en liberté et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces ». C'est dans le même esprit que la loi du 19-22 juillet 1791 déclarait « passibles de peines de simple police ceux qui laisseraient divaguer les aliénés ou les animaux malfaisants ». Quels rapprochements !

La loi de vendémiaire an II prescrivit bien de placer dans « des hôpitaux qui seraient indiqués à cet effet les personnes détenues pour cause de démence », mais elle ne fut pas appliquée.

Les choses en étaient là, quand parut un homme qui ouvrit une ère nouvelle dans l'histoire de l'assistance aux aliénés. Pinel venait d'être nommé médecin à Bicêtre (1793). Aidé par un collaborateur modeste, mais précieux, le surveillant Pussin, il fit tomber les chaînes des malheureux confiés à ses soins, et « les éleva à la dignité de malade », institua des traitements rationnels, des moyens humains de contention et surtout provoqua un mouvement général, qui devait aboutir, grâce aux efforts d'Esquirol et de Ferrus en particulier, à la loi du 20 juin 1838.

En effet, le régime du premier Empire et celui de la

Restauration n'avaient rien fait qui nous interesse, mais sous Louis-Philippe le ministre de l'Interieur, M. de Gasparin, presenta, le 6 janvier 1837, au nom du Gouvernement, un projet de loi, qui, très incomplet, fut remanié par la commission de la Chambre et devint la loi du 30 juin 1838. Cette loi, qui marquait un si grand progrès et qui régit encore, à l'heure actuelle, le sort des aliénés, non seulement en France mais en Europe, car toutes les nations ont calqué leur législation des aliénés sur la nôtre, ne devait pas tarder à être ardemment critiquée. C'est surtout de 1862 que date la campagne menée contre elle. A propos de l'internement de l'avocat Sandon, la presse parla de la *resurrection des lettres de cachet*, de la *réédification des anciennes bastilles*, et mit en cause la loi qui avait permis la sequestration, les aliénistes qui l'avaient décidée, et surtout le gouvernement imperial qui s'était servi d'une telle arme.

La loi était condamnée par l'opinion publique, qui en réclamait la révision : d'où les projets successifs du 21 mars 1870 (Gambetta et Magnin), du 25 juillet 1872 (Th. Roussel, Jozon et Desjardins), du 25 mars 1882 (Commission extra-parlementaire), du 24 juin 1887 (J. Reinach et E. Laiont).

Enfin, en mars 1907, la Chambre vota un texte, dit *loi Dubief*, texte actuellement examiné par une commission du Sénat. Mais ce projet à peine voté a, lui aussi, suscité de la part des aliénistes les plus compétents de vives critiques, qui s'adressent principalement à la complication des formalités d'entre-et à des questions qui nous interessent pas ici. Il n'a pas davantage satisfait ceux qui font profession de lutter contre les « Bastilles

modernes » et dans un ouvrage dont le titre est destiné à impressionner les foules, Louis Favre déclare que le *déplorable* projet Dubief « ne nous apporte pas la pénétrante clarté, la pensée droite et l'efficace protection qu'on aurait pu attendre d'une élaboration aussi lente ». (Il faut en finir !... La loi sur les aliénés, 1838-19 ?...)

Pour ce qui est du point de vue auquel nous nous plaçons, nous avons déjà dit ce que nous pensons des internements arbitraires, auxquels le Docteur Dubief tend une si grande quantité d'embûches. Nous n'y reviendrons pas. Nous nous réjouissons de voir esquisser dans ce projet la solution à apporter à l'internement des alcooliques, épileptiques, idiots, crétins, vieillards déments mais inoffensifs, aliénés criminels, mais nous avons bien peur, en raison des termes timides par lesquels est demandée la création d'hospices spéciaux, que cette réforme ne soit renvoyée, même après le vote de la loi, à une époque bien éloignée. Nous lisons, en effet, à l'article 2, que dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des *sections spéciales* pour idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, buveurs, etc. Et plus loin : que les départements *seront autorisés* à créer des colonies pour aliénés et qu'ils *pourront* organiser l'assistance à domicile de ces malades. C'est-à-dire qu'il n'y aura rien de changé.

A notre avis, ce que l'on peut reprocher à la loi de 1838, c'est de permettre d'interner pêle-mêle des malades très dissemblables et ayant besoin de moyens d'assistance divers. Si ce fut un avantage à l'époque où cette loi fut promulguée, qu'elle permit de placer immédiatement sous la protection de médecins tous les aliénés épars

alors dans les hospices, maisons de force et prisons, il semble que le souci du législateur, à l'heure actuelle, devrait être d'accéder aux désirs des aliénistes et de réaliser, comme on l'a fait partout à l'étranger, un mode d'hospitalisation mieux approprié aux circonstances.

Quels sont, en effet, sous le régime actuel, les malades que l'on peut légalement interner dans les asiles d'aliénés ? Il semble, à priori, que rien ne soit plus facile que de répondre à cette question. Il n'en est rien et le Docteur Maupaté (111) constate que le problème n'est pas résolu.

Si on se reporte à la loi de 1838, nous voyons au titre I (section I, article 8) que pour un placement volontaire il y aura lieu d'exiger :

1°

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermée.

Pour les placements d'office, nous lisons : Section II, article 18 :

A Paris, le Préfet de police, et dans les départements les Prefets, ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation *compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes*.

Il résulte de ce texte, que pour un placement volontaire il n'est pas nécessaire que le malade soit dangereux, il suffit qu'il ait besoin d'être traité. Pour être l'objet d'un placement d'office il faut que le malade compro-

mette l'ordre public et la sûreté des personnes. Comme dans le placement volontaire la famille pourvoie à tous les frais de séjour, cela revient à dire que seuls les malades aisés peuvent entrer dans les asiles sans être dangereux, mais dans la section III, intitulée *Dépenses du service des aliénés*, on lit à l'article 25... « les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis dans les formes, dans les circonstances, et aux conditions qui seront réglées par le Conseil général, sur la proposition du Préfet, et approuvées par le ministre ».

Le législateur a-t-il voulu dire par là que les malades, même non dangereux, pourraient être placés d'office ? Certains ont interprété ce texte dans ce sens. S'il avait cette signification, cet alinéa aurait, à notre avis, été in-

(1) Une circulaire ministérielle, en date du 14 août 1840, visait les difficultés inhérentes à l'application du paragraphe 2 de l'article 25. Elle transmettait aux préfets un modèle de l'arrêté qu'ils auraient à prendre « pour l'admission dans les asiles, aux frais du département, des aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes » :

« Nous, Préfet du département de. . . .

« Considérant que la loi du 30 juin 1838 n'est pas seulement une loi de police, mais encore une loi de bienfaisance qui a eu pour but d'assurer autant que possible un traitement et des soins aux aliénés.... dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes, notamment lorsque ces insensés sont en proie aux premiers accès de la maladie, ou présentent des chances probables de guérison ;

« Avons arrêté et arrêtons ce qui suit :

« Art. 1^{er}. — N... places seront réservées dans les asiles de.... pour recevoir pendant l'année 18... les aliénés indigents du département de.... dont l'état ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes. . . .

« Art. 8. — Seront admis de préférence (à ces places), les aliénés dont la maladie sera le moins invétérée, ou qui, d'après l'avis des médecins, présenteront le plus de chance de guérison, »

tercalé dans la section II (place d'office). On a plutôt voulu indiquer dans ces lignes que les autorités dénommées auraient à réglementer les conditions pécuniaires des placements volontaires dans les asiles de leur ressort. Cependant, Régis, dans son *Précis*, s'exprime ainsi (page 1002, édition 1909) : « Quand (dans le placement volontaire) la famille ne peut fournir la dépense, la demande doit être adressée au Préfet, qui statue en se conformant au deuxième paragraphe de l'article 25. C'est le *placement volontaire gratuit*, qui rentre dans la catégorie des placements d'office. » C'est dans ce sens que la loi est interprétée en général. On peut même dire que dans la pratique, les préfectures transforment ces placements volontaires gratuits en placements d'office ordinaires. Sur la présentation d'un certificat concluant à l'aliénation mentale, les Préfets prennent des arrêtés d'internement, même quand les malades ne sont pas désignés comme dangereux (1).

Le projet Dubief (article 13, placement volontaire, article 26, placement d'office) n'exige pas pour l'internement, que les malades soient dangereux, mais seulement que leur maintien en liberté compromette... « la sécurité, la décence, ou la tranquillité publique, leur propre sûreté ou leur guérison ».

Mais si la lettre de la loi autorise le placement des aliénés ne compromettant point l'ordre public ou la sécurité des personnes, la tendance des autorités de l'assistance publique est de réprouver cette mesure.

Cette tendance s'est affirmée dans la circulaire du 10 novembre 1906, plus connue sous le nom de *Circulaire*

(1) Cependant dans certains départements ils s'y refusent,

Clémenceau. Nous en reparlerons plus loin, surtout dans le chapitre ayant trait à l'internement des vieillards. Mais disons de suite que cette circulaire, qui honore grandement, et celui qui l'a signée et ceux qui l'ont inspirée, est malheureusement destinée à rester lettre morte, car elle ne fournit pas les moyens suffisants pour porter remède aux maux qu'elle signale.

Il nous reste, pour faciliter la compréhension des chapitres qui vont suivre, à dire un mot de la sortie des aliénés. Un malade placé volontairement doit être mis immédiatement en liberté, quand le médecin décide qu'il est guéri. Mais il arrive assez souvent, lorsqu'il s'agit d'aliénés inoffensifs, que le médecin déclare que le malade pourrait sortir dans *telles ou telles conditions* ; mais comme on ne peut contraindre une famille à réaliser les conditions demandées (voir observation XXI) le malade reste à l'asile, le médecin ne pouvant provoquer la sortie.

Pour les malades placés d'office, il est dit (article 23) que lorsque le médecin déclare sur le registre tenu en exécution de l'article 12 de la loi, que la sortie peut être ordonnée, le Préfet doit statuer sans délai ; mais la loi n'indique pas que ce soit dans le sens de la mise en liberté. Or, si en fait le Préfet ordonne, dans la généralité des cas, la sortie immédiate, il n'en est pas toujours ainsi, surtout dans la Seine. Le Préfet peut envoyer un médecin, dit inspecteur, qui souvent n'est pas un spécialiste, et qui, en outre, est obligé de résoudre en quelques minutes un problème dont son confrère a cherché la solution pendant une longue observation. Son avis est en général conforme à celui du médecin de l'asile, mais il en est quelquefois autrement. C'est une aventure de ce genre

qui a été l'origine de l'histoire B... M..., qui fit tant de bruit dans les journaux il y a quelques années.

Cette manière de faire amène des situations inextricables. Un médecin chef a dans son service un malade qu'il a déclaré guéri, un autre médecin est d'un avis contraire, la sortie n'est pas ordonnée, ce n'est pas une raison pour que l'avis du médecin traitant soit modifié, il ne peut donc que répéter quotidiennement son avis sur le registre, ou se désintéresser du malade, dont le sort est abandonné au médecin inspecteur... qui ne reviendra que longtemps après, sur un nouvel ordre préfectoral.

Dans le projet Dubief, le malade sort, en cas de placement volontaire, dès qu'il est déclaré guéri; en cas de placement d'office, le Préfet, averti de la guérison, statue dans les cinq jours. Si passé ce délai, il n'a pas ordonné la sortie, le chef de l'établissement est tenu d'envoyer copie des déclarations du médecin au procureur de la République, qui adresse ses réquisitions au président du Tribunal, qui statue.

Les mêmes difficultés pourraient donc être créées en cas de maintenance à l'asile.

A-t-on fait quelque chose pour remédier à l'état actuel des choses ? Oui... à l'étranger, en France on s'est contenté d'établir des projets. Un ouvrage des plus intéressants à étudier est le rapport que rédigea, en 1903, le Docteur Sérieux (145), sur la demande du Conseil général de la Seine.

Après avoir visité avec une commission les asiles de l'Est de la France, de l'Ouest de l'Allemagne, de la Suisse, et du nord de l'Italie, le distingué médecin chef

des asiles de la Seine publia un énorme travail, que l'on ne saurait lire sans tristesse..., voire même sans quelque humiliation. Le même auteur revient à la charge en 1907 dans un article de l'*Informateur* (146) ; il constate encore les progrès constants faits à l'étranger et déplore « l'ère de satisfaction, d'ignorance des réformes réalisées au delà des frontières, ère de décadence, ou pour le moins de progrès insuffisant dans laquelle nous sommes entrés depuis quarante ans, alors que nous avons été les initiateurs de la réforme ».

Mais nous reviendrons sur cette question des progrès faits à l'étranger quand nous étudierons les moyens d'assistance aux diverses catégories de malade. Qu'il nous suffise de signaler pour le moment qu'en France rien n'a été fait pour protéger les vieillards contre les séquestrations abusives, car la circulaire Clémenceau est inapplicable actuellement ; que seul le département de la Seine possède des colonies familiales pour ses malades :

Qu'il n'y a en France, pour les épileptiques non aliénés, que quelques maisons privées : la Force (Dordogne), la Teppe (Ardèche), la Devèze (Cantal), le Perron (Lyon) et un seul établissement public (Blois), ce qui fait que beaucoup sont internés sous le régime de la loi de 1838 ;

Que nous n'avons pas d'asiles pour les buveurs ;

Que l'asile prison de Gaillon ne reçoit plus d'aliénés, et n'est, par conséquent, plus un asile.

Tout est donc à faire : nous démontrerons plus loin que cette réforme pourrait s'accomplir sans grandes dépenses, avec un peu de bonne volonté de la part des autorités départementales.

CHAPITRE II

Internements abusifs de malades présentant des troubles mentaux symptomatiques d'une affection générale.

Psychopathies primitives et psychopathies symptomatiques. — Observations de malades internés pour des troubles légers au cours d'affections chroniques (cancers, maladies de Parkinson, de Little...) ou pour des troubles passagers au cours d'affections aiguës (pneumonie, érysipèle, néphrite, insolation, polynévrite, etc...). — Possibilité de remédier à cet état de choses par la création de services spéciaux dans les hôpitaux de grandes villes et de *petits hôpitaux ouverts*, annexés aux asiles dans les départements.

Il n'existe pas, et il ne saurait exister, à l'heure actuelle, de classification définitive des maladies mentales. Il est, en effet, impossible, étant données nos connaissances rudimentaires de l'anatomie et de la physiologie du cerveau, et par conséquent de la pathologie, de ses affections et des lésions qui en résultent, d'échafauder un système satisfaisant.

En attendant l'heure où de la psychiatrie se trouveront éliminées les psychoses sans substratum organique défini, nous prendrons pour nous guider la classification de Régis, qui tient compte autant que faire se peut et du point de vue étiologique et de ce substratum.

Les diverses affections mentales y sont divisées en psychopathies primitives, et en psychopathies symptomatiques.

Les psychopathies primitives se réduisent actuellement à la manie et à la mélancolie (folie maniaque dépressive de Kraepelin), à la confusion mentale, à la démence précoce, et aux psychoses systématisées.

Nous ne traiterons pas de ces affections ici, car s'il serait préférable que l'on pût, au moins quand elles débutent, placer les malades qui en sont atteints à l'*asile-hôpital ouvert* dont nous parlerons plus loin, il est évident qu'en l'état actuel, ces psychoses relèvent de l'asile, et qu'il ne saurait y avoir abus à interner ces malades.

Ce sont donc les psychopathies symptomatiques que nous allons envisager.

On sait qu'un grand nombre d'affections générales aiguës ou chroniques peuvent s'accompagner de troubles psychiques.

Ce sont, pour les affections aiguës, la plupart des infections (telles la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, etc.), des auto-intoxications (intestinales, hépatiques, rénales), des syndromes consécutifs aux insolations et à l'inanition, etc.

Pour ce qui est des affections chroniques, ce sont surtout l'artério-sclérose, les cancers, les maladies de la moelle, les hémorragies cérébrales, qui peuvent occasionner des troubles fonctionnels ou des lésions qui s'accompagnent d'accidents mentaux.

Si nous voulions nous en tenir à l'ordre habituellement suivi dans les monographies, nous devrions étudier les affections aiguës en premier lieu. Mais celles-ci sont plu-

qui a été l'origine de l'histoire B... M..., qui fit tant de bruit dans les journaux il y a quelques années.

Cette manière de faire amène des situations inextricables. Un médecin chef a dans son service un malade qu'il a déclaré guéri, un autre médecin est d'un avis contraire, la sortie n'est pas ordonnée, ce n'est pas une raison pour que l'avis du médecin traitant soit modifié, il ne peut donc que répéter quotidiennement son avis sur le registre, ou se désintéresser du malade, dont le sort est abandonné au médecin inspecteur... qui ne reviendra que longtemps après, sur un nouvel ordre préfectoral.

Dans le projet Dubief, le malade sort, en cas de placement volontaire, dès qu'il est déclaré guéri; en cas de placement d'office, le Préfet, averti de la guérison, statue dans les cinq jours. Si passé ce délai, il n'a pas ordonné la sortie, le chef de l'établissement est tenu d'envoyer copie des déclarations du médecin au procureur de la République, qui adresse ses réquisitions au président du Tribunal, qui statue.

Les mêmes difficultés pourraient donc être créées en cas de maintenance à l'asile.

A-t-on fait quelque chose pour remédier à l'état actuel des choses ? Oui... à l'étranger, en France on s'est contenté d'établir des projets. Un ouvrage des plus intéressants à étudier est le rapport que rédigea, en 1903, le Docteur Sérieux (145), sur la demande du Conseil général de la Seine.

Après avoir visité avec une commission les asiles de l'Est de la France, de l'Ouest de l'Allemagne, de la Suisse, et du nord de l'Italie, le distingué médecin chef

des asiles de la Seine publia un énorme travail, que l'on ne saurait lire sans tristesse..., voire même sans quelque humiliation. Le même auteur revient à la charge en 1907 dans un article de l'*Informateur* (146) ; il constate encore les progrès constants faits à l'étranger et déplore « l'ère de satisfaction, d'ignorance des réformes réalisées au delà des frontières, ère de décadence, ou pour le moins de progrès insuffisant dans laquelle nous sommes entrés depuis quarante ans, alors que nous avons été les initiateurs de la réforme ».

Mais nous reviendrons sur cette question des progrès faits à l'étranger quand nous étudierons les moyens d'assistance aux diverses catégories de malade. Qu'il nous suffise de signaler pour le moment qu'en France rien n'a été fait pour protéger les vieillards contre les séquestrations abusives, car la circulaire Clémenceau est inapplicable actuellement : que seul le département de la Seine possède des colonies familiales pour ses malades ;

Qu'il n'y a en France, pour les épileptiques non aliénés, que quelques maisons privées : la Force (Dordogne), la Teppe (Ardèche), la Devèze (Cantal), le Perron (Lyon) et un seul établissement public (Blois), ce qui fait que beaucoup sont internés sous le régime de la loi de 1838 ;

Que nous n'avons pas d'asiles pour les buveurs ;

Que l'asile prison de Gaillon ne reçoit plus d'aliénés, et n'est, par conséquent, plus un asile.

Tout est donc à faire : nous démontrerons plus loin que cette réforme pourrait s'accomplir sans grandes dépenses, avec un peu de bonne volonté de la part des autorités départementales.

d'emmener le malade dans un hôpital ordinaire ». Cet ordre de sortie était daté du 26 mars 19... Or, malgré toute la diligence des préfets de l'Ain et de Saône-et-Loire, on se heurta à la désobligeance de maire de T... qui refusa, malgré plusieurs sommations, d'envoyer chercher le malade; si bien que, sur les réclamations successives de celui-ci et du médecin directeur, ce furent deux infirmiers de l'asile qui, sur la demande de M. le Préfet de l'Ain, emmenèrent B... à l'hôpital de T..., où l'on dut se résigner à le reprendre. Mais ces faits se passaient le 10 avril, soit *un mois* exactement après l'internement.

L'observation suivante est plus intéressante au point de vue clinique, aussi lui donnerons-nous un plus grand développement. Elle ne nécessitait pas non plus un internement, mais l'abus était moins criant que dans le cas précédent.

Nous attirons l'attention sur ce fait que la sœur du malade a été volontairement induite en erreur, par un tiers, sur la nature de l'établissement où l'on amenait son frère. La gravité de l'état physique n'a pas permis de réaliser la mise en liberté avant le décès.

OBSERVATION II (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Roger MIGNOT, à Charenton.)

Cachexie cancéreuse. — Etat confusionnel. — Désorientation. — Illusions. — Idées vagues de persécution et de suicide. — Impotence. — Décès après onze jours d'internement.

Pierre A..., 53 ans, entre à Charenton le 17 n... 19... avec un certificat médical ainsi conçu : « M. A..., à qui je donne des soins pour une néphrite chronique compliquée de crises cérébrales (changement de caractère, troubles de l'intelligence), est

dans l'obligation de continuer son traitement dans une maison spéciale de santé où, en raison du délire et des accès de manie aiguë, il sera l'objet d'une surveillance de tous les instants ».

En réalité il s'agit d'un malade cachectisé, ne pouvant se tenir debout, et sur lequel sa sœur et un employé de la maison où il travaille donnent les renseignements suivants :

A... est le plus jeune de six enfants, il est né dans le Centre. Son père est mort d'une maladie d'intestin il y a vingt-cinq ans, et sa mère *d'une tumeur dans le ventre*, il y a trente-neuf ans. Une sœur est morte tuberculeuse, un frère succomba aux complications d'une plaie à la jambe, les autres frères et sœurs sont bien portants *mais en mauvais termes avec le malade*.

Ce dernier n'a jamais fait de maladies graves. Il a toujours travaillé dans des maisons de commerce. Il fit son service dans les cuirassiers. A 42 ans il se marie; c'est à peu près à cette époque qu'il commença à souffrir de crises stomacales mal déterminées. Avant ces accidents il ne faisait pas d'excès, depuis il ne boit que de l'eau et ne fume pas.

A... ne fut pas heureux en ménage, sa femme avait des troubles du caractère. Il y a six mois elle subit l'opération d'un fibrome. Il y a cinq semaines, il dut la faire interner à Ville-Evrard. Elle serait atteinte de paralysie générale. Or, quelques jours après cet internement A... alla visiter sa femme, celle-ci le supplia de l'emmener. A... en fut très impressionné, il s'alita, et le médecin mit les troubles qu'il constata sur le compte d'une néphrite chronique. Quoi qu'il en soit, A... se mit, il y a quelques jours, à tenir des propos incohérents, et à prétendre que la nuit on montait dans les escaliers, il crut que son docteur essayait de l'empoisonner, il parla vaguement de se suicider.

Sa sœur déclare qu'il ne bouge pas la nuit, qu'il est facile à garder. Elle est très étonnée quand nous lui disons qu'elle est ici à Charenton, et comme l'employé essaye de rectifier en disant « mais non, nous sommes ici à la maison de convalescence de Saint-Maurice », elle lui reproche de l'avoir induite en erreur.

Nous faisons aliter le malade, il est légèrement désorienté : « nous sommes en juillet 1879, en République, sous le successeur

de M. Fallières, successeur dont il a oublié le nom. Il est dans une salle d'hôpital avec des malades *un peu exagérés*. Pas d'idée de grandeur, ni de persécution; il gagne 12,000 francs, était heureux jusqu'à ces derniers temps, mais dut il y a quelques semaines interner sa femme, ce qui l'a attristé ».

Au point de vue physique, particulièrement intéressant, on se trouve en présence d'un malade cachectisé et très amaigri; il aurait perdu 41 kilos, il en pèse encore 51. On a l'attention attirée par une tuméfaction qui siège au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche; cette tuméfaction n'est pas adhérente, il semble s'agir d'un ganglion. On n'en trouve pas d'autres dans la région, mais à l'examen du pharynx, on découvre au niveau du voile du palais une petite tache ecchymotique de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes et au-dessous de cette tache une petite ulcération de même dimension. L'exploration interne pratiquée par le Dr Damalix, chirurgien de la maison, révèle une induration de toute la région. On examine tout le tube digestif sans trouver de tumeur, mais l'abdomen présente à chaque palper une contraction de défense qui est anormale; on relève des ganglions inguinaux de chaque côté. Le testicule droit présente sur sa surface des petites granulations. Les artères sont dures. Le pouls a 112-115. La pression a 16-17. Pas de souffles cardiaques. Tendance au galop. Rien d'anormal du côté pulmonaire. Les urines contiennent 75 centigrammes d'albumine au litre. La température est de 37°1.

En somme, nous nous trouvons en face d'une cachexie cancéreuse avec état confusionnel terminal. Pour ce qui est de l'évolution de la maladie, les jours suivants nous relevons, soit dans l'observation, soit dans les rapports quotidiens du chef de quartier et du veilleur, des notes comme celles-ci :

« Le malade est très confus, très abattu, ne se rend pas compte où il est ». Puis plus loin : « Très docile, essaye de s'alimenter, délire quelquefois..., demande où il est, dit qu'il devient *un peu maboul* ». Le 24, l'infirmier qui a mission de regarder si les selles contiennent du sang, trouve dans le vase l'alliance du malade. A... l'avait avalée avant son entrée, puisqu'on avait noté à son arrivée l'absence de bague.

Le lendemain 25 le ganglion maxillaire s'ulcère et le même jour apparaît une arthrite du poignet gauche. La palpation arrache des cris au malade. Le 26 et le 27 il s'alimente de moins en moins et il meurt le 28. Quant à l'autopsie, elle ne put être faite, la famille qui avait fait interner ce malheureux s'y étant formellement opposée.

Nous donnerons encore comme observation du même genre, celle d'une malade atteinte d'une tumeur de l'encéphale, et dont les troubles sont bien ceux que Dupré a décrits comme à peu près constants dans ces affections.

OBSERVATION III

Nous devons cette observation à l'amabilité des docteurs JACQUIN et MARCHAND. La malade a fait l'objet d'une communication de ces deux auteurs à la Société de Psychiatrie (le 19 octobre 1911). Voir *l'Encéphale* de novembre 1911.

Sarcôme du corps calleux chez une débile. Etat subcomateux, gélisme, internement, décès.

C..., Virginie, 66 ans, campagnarde, entre à Sainte-Madeleine, à Bourg, le 25 x... 19..., elle aurait toujours été inintelligente, presque faible d'esprit. A la fin de 1910, ses forces physiques diminuèrent sensiblement, ses facultés intellectuelles achevèrent de s'anéantir ; elle ne savait plus se suffire. On la fit entrer à l'hôpital de M..., un mois après on l'évacuait sur l'asile de Bourg avec un certificat la déclarant « atteinte de troubles mentaux, caractérisés par de la manie et la rendant dangereuse pour elle-même et pour son entourage ».

Le Dr Jacquin nous la montre à l'entrée, calme et inerte, paraissant être dans un état de semi-torpeur cérébrale, de subcoma, de somnolence, incapable de répondre aux questions qu'on lui pose, pouvant cependant, après plusieurs sommations,

exécuter quelques actes simples, comme celui de tirer la langue..., etc.

L'examen général du système nerveux fait songer à un syndrome bulbaire. Le médecin, dans son certificat de 24 heures, fait des réserves sur la nécessité d'interner cette malade. Entre temps, il apprend par le médecin de l'hospice que C... était démente et gâteuse et qu'on *l'avait fait interner sur les instances du personnel*. Dans le certificat de quinzaine, le médecin déclare nettement que C... n'est ni délirante, ni agitée, qu'à son avis l'internement est injustifié, mais que, pour le moment, la malade n'est pas transportable. En effet elle meurt deux jours après. L'autopsie est pratiquée et l'on découvre une tumeur du corps calleux. L'examen histologique, pratiqué à Charenton par le D^r Marchand, montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

Nous devons à notre maître, le professeur Roger Mignot, l'intéressante observation suivante qu'il a recueillie à Charenton avant que nous fussions son interne et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. Il s'agit de troubles du caractère chez un parkinsonien.

OBSERVATION IV

(Résumé d'une observation du D^r ROGER MIGNOT.)

Parkinsonien présentant des troubles du caractère. — Internement. — Mort à l'asile.

S... entre à Charenton en août 1906, avec un certificat le disant atteint de maladie de Parkinson, et concluant à la nécessité de le faire traiter *dans une maison de santé pour maladies nerveuses*.

Quoi qu'il en soit de la validité de ce certificat, S... fut interné. Il était en effet parkinsonien, et présentait l'état mental de ces malades, il en avait l'égoïsme morbide et l'exigence

tyrannique. Il n'était nullement désorienté, avait conscience de son état et du milieu dans lequel il se trouvait, mais se sachant abandonné des siens, il déclarait: « Il faut bien que je reste ici ». S... était un dément pénible et réclamait la présence constante d'un infirmier qui puisse lui déplacer les membres. Quand la *visite* pénétrait dans sa division, il poussait de grands cris pour apitoyer le médecin, faisait à ce dernier des reproches sur toutes choses, et discutait sa médication, réclamant tantôt de la morphine, tantôt n'en voulant point. Il se plaignait du bruit et en faisait plus que quiconque. Bref, l'irritabilité de l'humeur, la perversion du caractère, l'insociabilité justifiaient légalement le maintien à l'asile, et l'amoindrissement intellectuel était tel, que le malade était incapable de faire les concessions qui rendent la vie possible dans un milieu ordinaire.

Il se rendit tellement insupportable dans le dortoir des calmes, que l'on dut le placer dans une chambre.

Il mourut après cinq mois d'internement.

L'observation V rapporte le cas d'une jeune fille atteinte de maladie de Little, et qui, depuis un an bientôt, se trouve abusivement séquestrée.

OBSERVATION V (résumée).

(Due à l'amabilité du Dr JACQUIN, médecin chef de Sainte-Madeleine à Bourg.)

Maladie de Little. — Arriération mentale. — Internement depuis un an.

D..., Marie, 16 ans, entre à Sainte-Madeleine en mars 1911, avec le certificat suivant: « Enfant née à sept mois, a eu des convulsions à cinq jours, a marché à quatre ans, n'a jamais parlé, a eu pendant plusieurs années des convulsions. Actuellement c'est une enfant d'un médiocre développement physique, la statique est défectueuse, la marche irrégulière, titubante. La malade

entend bien, pas de mystagmus, pas de strabisme. Elle est atteinte de tics convulsifs des membres, et surtout de la tête et de la face, qui est continuellement grimaçante. Elle bave et pleure beaucoup, avec ou sans raison. Elle est très volontaire, exige les jouets de ses frères et sœurs, les bat très volontiers, et ne reste jamais en repos. Son état est tel qu'il est un danger pour elle et pour les autres, et qu'il est nécessaire de l'interner dans un asile d'aliénés. »
D^r X..., 23 février 1911.

Certificat de vingt-quatre heures : « ... est atteinte d'arriération mentale, associée à un syndrome de Little, paragénésie des faisceaux pyramidaux. Etat paréto-spasmodique, impotence motrice, mouvements choréo-atéthosiques dans les membres et la face.

Cette malade est plus une infirme cérébrale et physique, une incurable justiciable de la loi du 14 juillet 1905, qu'une aliénée au titre de la loi 1838. Sa place serait plutôt dans un hospice ou établissement spécial pour anormaux infirmes. A défaut d'établissements spéciaux, qui malheureusement n'existent pas en France, cette malade peut être maintenue provisoirement. »

... mars 1911.

D^r JACQUIN.

Le certificat de quinzaine déclare que la malade est calme, docile, et le D^r Jacquin demande qu'elle soit transférée dans un hospice.

En février 1912, l'état est toujours le même, et D... est toujours internée.

Sans nous permettre de mettre en doute les faits d'observations qui ont servi de base à la rédaction des certificats de placement, il est certain que les troubles mentaux n'étaient que passagers. Des raisons d'ordre financier, le désir de débarrasser l'hôpital ou de décharger une famille de malades désagréables, gênants, pénibles à soigner, ont déterminé l'internement de sujets dont la place était ailleurs qu'à l'asile.

L'existence de troubles délirants passagers, l'affaiblissement psychique consécutif à une longue et douloureuse maladie, constituent autant de raisons susceptibles de justifier légalement l'internement. Mais des considérations d'ordre moral doivent intervenir pour corriger dans ce qu'elle a d'abusif l'application de la loi.

* * *

Les internements au cours des affections aiguës ne sont ni moins rares, ni moins regrettables. Cependant, une considération en atténue les inconvénients. C'est que bien souvent les malades, grâce au placement dans les asiles, échappent à des complications qui pourraient être mortelles. Nous verrons, en effet, après en avoir rapporté des observations, comment les délirants sont quelquefois traités dans les hôpitaux de petites villes, et même dans certaines cités universitaires. Nous aurons, à ce propos, à parler de l'hospitalisation qui devrait leur être réservée.

OBSERVATION VI (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r A. ADAM, à Bourg.)

Pneumonie, délire, agitation extrême, fugues. — Internement immédiat (article 19 de la loi de 1838.) — Guérison rapide.

J... entre à l'asile de Bourg le 11 juin 1908 avec un certificat ainsi conçu : «... est atteint de délire dont il ne m'a pas été possible de déterminer la cause. J'estime qu'il y a lieu de le diriger sur une maison de santé...». J... est amené à l'asile en voiture. En route il a échappé à ses gardiens, il s'est jeté dans

une mare, et arrive complètement mouillé. Mis au lit, il se montre très excité, la température axillaire est de 40°. J... qui a du être isolé, crache contre les murs de sa cellule et l'on remarque que ses crachats sont rouillés. L'attention est attirée du côté du poumon et l'on découvre une pneumonie de la base gauche.

Le certificat de 24 heures signale ces faits et conclut que « le malade étant maintenant hospitalisé, le plus pressant est de lui donner les soins que réclame son état ». Le lendemain l'agitation cesse, la pneumonie évolue normalement et huit jours après J... entre en convalescence.

Le 19 juin, le médecin demande que J... soit placé dans un hôpital pour y achever de se remettre; mais le malade étant d'origine italienne, le maire de la commune où il travaillait ne voulut pas se prêter à l'hospitalisation, si bien que J... sortit complètement guéri le 11 juillet après vingt-huit jours d'internement.

L'observation suivante que nous empruntons à la thèse de Crochet (46) prête aux mêmes réflexions. Nous trouvons tout à fait extraordinaire qu'à Paris le chef de service ait fait interner le malade dont il va être question; il est vrai que les faits se passaient en 1894.

OBSERVATION VII

Observ. LXIV de la thèse de CROCHET portant comme sous-titre les mots suivants :

Erysipèle de la face. — Délire furieux. — Folie. — Guérison.

D'Affn..., rentier, venu de Belgique pour consulter à l'hôpital Saint-Louis pour un eczéma des jambes, se réveille le 2 février avec un érysipèle.

Évolution normale jusqu'au 9 du même mois,

Nous laissons la parole à Crochet :

9 février. — Amélioration locale. Le malade répond de temps en temps aux questions qu'on lui pose, mais a encore quelque mobilité dans les idées et toujours un léger délire.

Il a un raisonnement vrai sur des choses fausses, il a des hallucinations, il prétend voir des géants venir enlever des lits de la salle.

10 février. — Erysipèle a presque complètement disparu. Le délire persiste, il a augmenté depuis hier. Température 37°2. Rien dans les urines. Aucune complication.

12 février. — Desquamation, délire de plus en plus violent; on est obligé de lui mettre la camisole de force, il veut se lever et cherche à blesser toutes les personnes qui s'approchent.

13 février. — Accalmie, on lui retire la camisole.

14 février. — Hier soir, un accès de délire est survenu. Il a failli blesser un de ses voisins avec une barre de fer arrachée de son lit. On le camisole à nouveau.

15 février. — Même état.

16 février. — On le transporte à Sainte-Anne.

17 février. — On le transporte à Vaucluse.

Les renseignements qui nous ont été donnés à cet asile sont peu nombreux et peu détaillés. Le délire furieux aurait persisté pendant sept jours, puis peu à peu le calme est revenu et le malade est sorti complètement guéri vingt jours après son entrée.

Dans le même ordre d'idées nous aurions à signaler les cas de psychoses puerpérales. Si d'aucuns exigent évidemment l'internement, d'autres ne justifient pas cette mesure, et le professeur Gilbert Ballet, dans son cours magistral du 26 novembre 1911, s'exprimait ainsi : « On voit arriver ici des malades que l'on pourrait garder dans les services d'accouchement; ce sont ces septicémiques qui font un peu de délire et qui viennent mourir ici. »

Nous n'avons pas d'observations de cette catégorie de malades; cependant, dans l'espoir de jeter une note un

peu gaie dans ce récit de choses presque toutes bien tristes, nous croyons devoir signaler le certificat suivant rédigé par un confrère d'une sous-préfecture de Saône-et-Loire afin d'envoyer à Sainte-Madeleine une malade qui, au terme de sa grossesse, faisait un accès d'agitation :

« Il est à craindre qu'elle ne commette quelque violence si on la retient de force, ou qu'elle ne s'échappe, soit avant, soit après son accouchement. Il est d'autant plus difficile de la surveiller que, pendant les vacances, le personnel est réduit au minimum, et que la seule pièce où, à la rigueur, on aurait pu l'interner, est occupée par des malades qui doivent être isolées.

« Dans ces conditions, nous estimons que M^{me} R... *doit être envoyée à l'asile de Bourg pour faire ses couches. Nous ne concluons pas qu'elle doive y rester après son rétablissement* » (1).

Nous donnerons encore comme exemples d'internements abusifs parce que prématurés, les cas suivants se rapportant, les deux premiers à des troubles psychiques au cours de néphrites, le troisième à un état confusionnel consécutif à une insolation, le quatrième à une névrite avec troubles si légers, qu'elle ne nécessitait pas l'internement. Pour le sujet de l'observation X, nous pourrions faire les mêmes réflexions que pour le pneumonique de l'observation VI. Il est, en effet, évident que si ce malade eût pu être traité avantageusement dans un hôpital bien organisé, il est vraisemblablement heureux pour lui qu'il ait été interné. *Mais il a de ce fait* (il nous l'écrivait il y a quelque temps) *perdu une place de*

(1) Aimablement communiqué par le Dr JACQUIN,

confiance qu'il occupait depuis plus de dix ans dans un château, son patron lui ayant déclaré qu'il ne pourrait plus le garder après sa maladie, à cause des enfants.

OBSERVATION VIII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ROGER-MIGNOT, à Charenton.)

Néphrite aiguë. — État confusionnel. — Guérison après trois semaines d'internement.

M... , sujet russe, dirige un grand hôtel à Paris. Depuis une quinzaine de jours, il se trouve fatigué (maux de tête, douleurs dans les reins, fatigue...), il fait appeler un docteur qui analyse les urines et trouve un gros disque d'albumine. M... est mis au lait... Au bout de quelques jours, il devient inquiet, se préoccupe beaucoup de son état, dit que les siens vont mourir de faim, ne veut plus manger par économie, parle de se suicider. On l'interne.

A l'entrée est toujours dans le même état d'anxiété; déclare qu'il ne pourra pas payer sa pension.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Cependant les pupilles sont dilatées et ne réagissent presque pas à la lumière.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

Grâce au régime lacto-végétarien, le malade va rapidement mieux; les troubles psychiques disparaissent. Il n'y a plus d'albumine dans les urines.

M... nous quitte complètement remis, trois semaines après son internement.

Nous avons eu dernièrement de ses nouvelles. Il continue à bien aller.

OBSERVATION IX (résumée).

(Observation aimablement prêtée par les D^{rs} ANTHEAUME et MIGNOT qui la recueillirent à Charenton et la communiquèrent au Congrès de Genève-Lausanne 1907... Voir le compte rendu: *Néphrite cantharidienne et délire toxi-alcoolique tardif*.)

Alcoolisme chronique. — Pleurésie. — Vésicatoire. — Néphrite. — Délire. — Internement. — Guérison en six semaines.

X..., 39 ans, ancien alcoolique, fait une pleurésie que l'on traite par un vésicatoire (15 mars 1904). Le 17, mictions douloureuses, fréquentes, puis hématurie. Le 20, agitation qui devient telle, que le malade est interné le 21. Du 21 au 25, « état confusional avec excitation motrice et vocifération exprimant des idées de richesse et de puissance, alternant dans le même moment avec des idées de ruine, de fin du monde et de crainte d'empoisonnement. » Il y a alors 2 grammes d'albumine par litre dans les urines.

L'état s'améliore rapidement sous l'action du régime lacto-végétarien.

Il était devenu excellent, quand le 23 avril le malade fait un excès alcoolique à l'insu du personnel. Au cours de la nuit, il est repris de délire, mais cet état s'atténue dans la journée.

X... reste à l'asile jusqu'à la fin de mai. Il sort alors après avoir suivi pendant huit jours sans accidents le régime ordinaire.

OBSERVATION X (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r ADAM, à Bourg.)

Insolation — Confusion aiguë. — Guérison rapide. — Sortie. Perte de sa place de jardinier.

Q..., âgé de 41 ans, jardinier, a travaillé pendant tout l'été si chaud de 1911 dans un jardin potager exposé continuellement

au soleil. Il se plaignait, depuis quelques jours, de maux de tête, quand un après-midi, en arrosant, il fut pris d'un malaise. Il court chez lui, dit qu'il va mourir et s'alite. A partir de ce moment, il entre dans un état dont il a définitivement perdu le souvenir. Quant aux faits ci-dessus rapportés, ils lui sont revenus petit à petit depuis sa guérison.

Nous apprenons, par la femme de Q., qu'il fit alors un état confusionnel avec agitation et qu'on dut le placer au cabanon de T... Le médecin attribua ces troubles à une insolation et nous adressa Q... qui arriva quelques jours plus tard dans un état précaire. Le malade, très agité, était confus, avait les lèvres sèches, etc.

On le traita par les enveloppements humides, la teinture d'opium et l'isolement. Au bout de dix jours, l'état s'améliora rapidement. Q... recouvra toutes ses facultés, mais fut tout étonné de se trouver dans un milieu qu'il ne connaissait pas. L'amnésie remontait à plusieurs mois, mais, au bout de quelques jours, elle diminua petit à petit et Q... sortit complètement remis après trois semaines de séjour à l'asile.

Nous avons dit plus haut que son patron refusa de le reprendre après son internement.

OBSERVATION XI (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r ROGER-MIGNOT, à Charenton.)

Psychose d'ile de Korsakoff. — Troubles très légers. — Internement inutile.

St..., commandant en disponibilité, est autrefois sorti de Saint-Cyr dans un très bon rang. Aujourd'hui, absolument dévoyé, il est à peu près mis à la porte de l'armée.

St... fit, il y a un an, de l'urémie avec coma et fut soigné au Val-de-Grâce dans le service du professeur Vincent. Sorti guéri, il y fut ramené en novembre dernier. Il était alors dans un état

d'hébétéude et d'indifférence, incapable de se tenir debout, quelquefois bruyant, souvent gâteux.

St... fut interné. A Charenton nous avons eu l'attention attirée particulièrement par l'indifférence du malade et par une amnésie rétrograde continue. Les gros excès alcooliques faits autrefois par St..., des douleurs facilement provoquées dans les mollets par l'exploration des trajets nerveux, nous ont fait arrêter au diagnostic de troubles mentaux polynévritiques ou psychose de Korsakoff.

Le malade n'a jamais été bruyant, il ne gâte pas. L'internement, à notre avis, quoique légal, ne s'imposait pas.

Voici donc rapportées onze observations ayant trait à des malades atteints d'affections générales et ayant présenté, au cours de celles-ci, des troubles mentaux qui leur ont valu un internement passager dans les asiles d'aliénés. Était-ce bien là la place de ces malades ? Cette question a été traitée par divers auteurs qui se sont occupés de l'internement des aigus en général.

Les professeurs Régis (128) et Ballet (14) ont écrit des articles sur ce sujet dans la *Presse Médicale*; A. Marie (102) y a consacré une étude en 1905, et, tout dernièrement, Damaye (51) et Benon (16) ont envisagé ce problème.

On est d'accord aujourd'hui pour considérer comme indispensable que les hôpitaux de grandes villes, de villes universitaires au moins, aient des services spéciaux pour hospitaliser ces malades. Ces services serviraient, en outre, à l'éducation clinique des étudiants. A ce point de vue, l'Allemagne, l'Italie, etc. (voir Sérieux, 145) sont en grande avance sur nous.

Cependant, à Paris (Hôtel-Dieu, Lariboisière, Tenon), à Bordeaux (service du professeur Régis), à Toulouse

(professeur Rémond), il y a des services de délirants mentaux. A Lille, le professeur Raviart est en train d'en organiser un. Malheureusement, Lyon (que l'on nous pardonne de dire quelque mal de notre *alma mater*) est bien en retard à ce point de vue. Malgré les demandes répétées de notre maître, le professeur Pic, rien n'a été fait; car nous n'oserons parler de ce réduit obscur et ridicule appelé l'*Isolément*, où chaque service envoie des malades délirants dont il reste responsable, et qu'il oublie forcément un peu. Nous aimons à espérer qu'une organisation spéciale a été prévue dans le nouvel hôpital en construction.

Mais lorsqu'il s'agit de petites villes, dont les hôpitaux ne sont pas organisés pour surveiller et soigner les délirants, il y aurait intérêt à ce que ceux-ci soient amenés le plus vite possible, non pas à l'asile, mais dans ce que Demaye (51) appelle *le petit hôpital*, qui serait voisin de l'asile, et qui servirait de quartier d'admission et d'observation.

On devrait y être admis librement et sans formalités autres, lorsqu'il s'agit d'indigents, qu'un arrêté du maire qui, sur l'avis du médecin, placerait son administré dans cet hôpital comme il le placerait dans un service de chirurgie en cas d'accident. Car il est nécessaire de le dire, il n'y a que dans ces services que l'on aura du personnel sachant soigner un délirant. Dans les hôpitaux de chef-lieu de canton et même de sous-préfecture, ce malade sera qualifié de *furieux*. Il sera ou bien attaché, ou bien abandonné sans soins dans ces cabanons, quelquefois assez bien conditionnés, que beaucoup de petits hôpitaux ont maintenant fait construire, le plus loin possible des

salles, souvent à côté de l'amphithéâtre. Or, on sait que « tout fébricitant attaché est un homme mort » (Magnan). On pourrait en dire presque autant de celui abandonné sans soin et à moitié nu sur la paille.

Bien souvent, c'est dans cet état que l'on laisse le malade, tout le temps que durent les formalités administratives pour le faire interner. Si bien qu'il arrive parfois, sauf les cas où entre temps « Dieu le guérit », que les infirmiers, quand ils viennent pour le transfert, trouvent le malheureux mort ou du moins en fort mauvais état.

Si donc nous considérons qu'en principe l'internement des malades dont nous venons de rapporter les observations est abusif, nous estimons qu'à défaut de l'organisation que nous rêvons, c'est encore un moindre mal de les amener à l'asile. Mais l'observation X montre bien que ces placements ne sont pas sans porter de graves préjudices moraux et matériels à ceux qui en sont l'objet, et qu'il serait à souhaiter que l'on pût les éviter.

CHAPITRE III

Internements abusifs de vieillards.

Le rapport Constans (1874). — La loi du 14 juillet 1905. — Les deux circulaires Clémenceau (10 novembre 1906, 14 juillet 1908). — Observations. — Conclusions d'un rapport du Dr Roger-Mignot à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Quand nous avons pour la première fois songé à traiter la question des *internements abusifs*, nous avons seulement en vue l'internement des vieillards. Depuis, nos horizons se sont élargis, mais nous voulons donner de l'extension à cette partie de notre travail, car c'est de ce côté surtout qu'il y a des abus, et des abus criants.

Il y a longtemps, du reste, que les autorités médicales et administratives ont eu l'attention attirée sur ce point.

Dans l'intéressant rapport (45) que rédigèrent sous la direction du regretté docteur Constans les inspecteurs Lunier et Dumesnil, on trouve un long chapitre consacré à ce sujet. Ces auteurs parlent des vieillards « qui auraient pu être dirigés sur d'autres établissements hospitaliers » et donnent, dans un tableau que nous reproduisons ici, le résultat de leur enquête qui démontre que c'est surtout dans les asiles desservant des centres peuplés

que ce genre de placements abusifs sont les plus fréquents. Il s'agit, dans ce tableau des malades internés au 31 décembre 1874. Il y avait alors comme vieillards affaiblis, abusivement séquestrés :

	Hommes	Femmes
Dijon.....	5	10
Rennes	5	10
Evreux	10	15
Châlons-sur-Marne.....	7	12
Maréville.....	7	1
Montdevergues.....	9	6
Naugeat	9	13
L'Antiquaille	8	11
Bicêtre.....	21	0
La Salpêtrière	0	56
Sainte-Anne.....	24	51
Quatre-Mare.....	8	2
Saint-Yon	0	17
Vaucluse.....	11	15
Ville-Evrard.....	16	34
Dôle.....	8	11
Bourg	4	14
La Cellette	11	0
Lommelet.....	14	0
Clermont (Oise).....	5	18
Charenton.....	47	40

Depuis cette époque, les inspecteurs et les médecins en chef n'ont cessé de protester contre ces internements. On trouve trace de ces protestations dans les rapports médicaux administratifs annuels. Ces plaintes furent entendues, et pour remédier à cette manière de faire, M. Clémenceau, alors président du Conseil et ministre de l'Intérieur, adressait, en date du 10 novembre 1906, une circu-

laire (33) aux préfets, sur laquelle nous aurons encore à revenir dans les chapitres suivants, mais qui nous intéresse ici par ce passage :

« Ceux qui devraient sortir sont de deux sortes.....

.....
les vieillards, hommes ou femmes, dont l'activité est très affaiblie, qui ne sont point à proprement parler des aliénés, dont l'état ne réclame pas de soins médicaux particuliers et dont la place est à l'hospice au milieu des vieillards indigents et inoffensifs comme eux. »

Et cette circulaire ajoutait que bientôt la loi du 14 juillet 1905 allait entrer en application (au 1^{er} janvier 1907) et que ce serait une occasion de donner aux vieillards une hospitalisation plus appropriée.

Quels sont donc, d'après la loi de 1905, les ayants droit à l'assistance, et quels sont ces moyens d'assistance dont dispose la commune ? A la première question, la réponse est la suivante : il faut, ou être âgé de plus de 70 ans, ou être atteint d'une maladie ou d'une infirmité incurable et alors avoir plus de 16 ans (1). Dans l'un ou l'autre cas, il faut être sans ressources suffisantes par soi-même et ne pas avoir de parents susceptibles d'acquitter la dette alimentaire.

Quant aux modes d'assistance, ils sont de trois sortes :

a) L'allocation mensuelle variant de 5 à 20 francs ;

b) Le placement familial, qui se réalise par un traité : un particulier désigné par le préfet, agréé par le maire

(1) Cette condition n'est pas intercalée dans la loi, mais la Commission centrale a interprété dans ce sens l'article 1^{er}. Cette interprétation, le Gouvernement l'a faite sienne devant la Chambre (26 mars 1907) et dans une circulaire (15 juillet 1908).

et par l'assisté, s'engage à entretenir ce dernier dans sa demeure, et à le traiter comme un membre de sa famille, moyennant un prix de pension qui semble devoir tenir le milieu entre le coût de l'assistance à domicile et celui de l'hospitalisation :

c) Enfin l'assistance peut être procurée dans des établissements publics ou privés, elle prend alors le nom d'hospitalisation.

Mais il ne suffit pas de prévoir le nouveau mode d'assistance, il faut encore organiser les différents milieux prévus et ordonner d'une manière précise, et d'en user, et de ne plus interner les malades auxquels ils sont destinés, sauf le cas de nécessité absolue. Aussi la loi de 1905 n'a-t-elle à peu près nulle part fait diminuer le nombre d'internement des vieillards. M. Clémenceau s'est sans doute rendu compte de plus en plus « qu'en notre pays de France trop de personnes dans le public et même trop de Conseils généraux ne sont pas haussés encore à la juste conception des devoirs d'assistance sociale envers les aliénés » (33). Aussi, après nous avoir annoncé dans sa circulaire de 1906 que la loi de 1905 allait bientôt permettre de placer hors de l'asile les vieillards affaiblis, reste-t-il muet sur cette question dans la circulaire du 14 juillet 1908 (34), et se contente-t-il d'envisager les moyens que la loi d'assistance met à la disposition des maires pour éviter les internements inutiles d'épileptiques et d'idiots. On continue donc, faute de mieux, à interner les vieillards, et nous croyons même que l'on en trouverait maintenant un plus grand nombre d'abusivement séquestrés que du temps de Constans.

Nous savons que, dernièrement encore, M. Mirman se

préoccupait de cette question, et nous donnerons plus loin les conclusions d'un rapport qu'il demanda sur ce sujet à notre maître, le docteur Roger-Mignot.



Les vieillards peuvent présenter les mêmes troubles mentaux que les adultes, et par conséquent avoir des réactions violentes et dangereuses. Dans ce cas, il faudra souvent recourir à l'internement, et cependant, comme le fait remarquer notre maître, le professeur Pic (Pic et Bonnamour) (122), l'internement est moins souvent nécessaire chez les vieillards que chez l'adulte, à cause de l'absence fréquente de délire et de l'évolution parallèle de la faiblesse physique et de la débilité mentale.

Mais souvent, le vieillard est, ou bien un simple affaibli, ou bien un dément; ces états reconnaissent pour causes, soit l'artério-sclérose envahissante, soit des psychoses antérieures.

Quand le malade est simplement affaibli, il peut encore sortir, se promener, et a seulement besoin d'être surveillé pour éviter qu'il ne se perde ou qu'il ne soit victime de quelque accident. Il est particulièrement cruel d'interner ces vieillards, car souvent ils se rendent très bien compte du milieu où ils vivent; ils en souffrent moralement, et ne sont pas l'objet de tous les égards auxquels ils auraient droit.

Pour ce qui est des malades déments et calmes, il n'y a évidemment pas lieu de s'arrêter à ces considérations; mais c'est alors pour des raisons de famille très respectables et aussi dans un intérêt médical et administratif qu'il faut éviter de les interner. Les quelques observations

qui suivent permettent de se rendre compte du peu de nécessité qu'il y a à séquestrer ces malades. La première montre, en outre, que les médecins ne trouvent pas toujours auprès des directeurs administratifs l'appui qu'ils seraient en droit d'attendre quand il s'agit de mettre fin à une séquestration abusive.

OBSERVATION XII

Reconstituée avec le dossier administratif du malade.)

Internement d'un vieillard affaibli. — Difficulté pour obtenir la sortie.

Au mois de mars 1907, M. P..., âgé de 69 ans, était amené à l'asile de Charenton et admis *sans certificat*. La loi confère, du reste, aux directeurs *d'asiles publics* le droit de recevoir les malades sans cette pièce, en *cas d'urgence*. En réalité, il s'agissait d'un vieillard inoffensif, et, le lendemain matin, le Dr Antheaume, médecin chef du service des hommes, signalait sur le registre de la loi l'illégalité de cet internement, requérait la mise en liberté immédiate et refusait de rédiger un certificat de vingt-quatre heures.

P... fut reconduit chez lui et ramené le lendemain avec un certificat concluant à la nécessité de le faire traiter dans un asile spécial. L'internement étant alors légal, le Dr Antheaume délivrait un certificat de vingt-quatre heures dans lequel il faisait ressortir l'inopportunité de l'internement, mais concluait cependant en ces termes : « P... peut être maintenu jusqu'à ce que soient réunis tous les éléments d'appréciation utiles pour déterminer si la séquestration est nécessaire ou non. » Quinze jours après, le Dr Antheaume délivrait le certificat suivant que nous croyons devoir reproduire en entier :

« Depuis que ce vieillard est dans mon service, je n'ai reçu la

visite d'aucunes des personnes capables de me renseigner à son sujet et auxquelles j'avais demandé de le faire : épouse, tutrice et subrogé-tuteur. Mais il existe une correspondance émanant de ces personnes, où je suis notamment prié « de continuer à rendre à M. P... le séjour à Saint-Maurice aussi agréable que possible, en facilitant ses promenades ou ses sorties avec un domestique. »

« Depuis son entrée dans le service P... s'est montré conscient de sa situation et exempt de délire et d'hallucinations. Il a protesté et proteste encore contre la première séquestration dont j'ai signalé l'illégalité en en requérant la cessation sur le registre prévu à l'article 12 de la loi de 38, à la page..., dans la colonne réservée aux observations médicales. Il proteste avec non moins de persistance contre la nécessité de l'internement actuel. P... présente de l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles, mais cet affaiblissement porte principalement sur la mémoire et n'intéresse que dans une faible mesure l'attention et le jugement. Il est parfois sujet à des crises d'épilepsie jacksonienne, c'est-à-dire d'épilepsie partielle, et comme il est habituel en pareil cas, ses crises ne sont pas accompagnées de perte de connaissance, restent limitées à certains groupes musculaires et n'ont été ni précédées, ni accompagnées, ni suivies de troubles psychosensoriels. En résumé, P... s'est de tout point, durant cette quinzaine, comporté comme un vieillard inoffensif dont la véritable place n'est pas dans un établissement réservé aux aliénés, mais bien dans une maison de retraite ou mieux encore dans un milieu familial. »

« Le....

« D^r ANTHEAUME. »

Vu ce certificat, le Préfet de Police arrêtait à la date du 18 mars 1907 :

« Monsieur le Directeur de la Maison Nationale de Santé remettra immédiatement M. P... à sa tutrice (qui était sa femme). »

Mais le 7 du mois suivant, le malade était encore interné et ce n'est que sur une dépêche en date de ce jour qu'il fut mis en liberté le 8 avril. Le directeur d'alors, appelé à fournir des explications au Préfet de Police, répondit que « la sortie n'avait pu

avoir lieu plus tôt, la famille ne trouvant aucun établissement pouvant prendre le malade avec ses faibles ressources ».

En réalité, le subrogé-tuteur employa ce temps à faire des démarches dans l'espoir de pouvoir maintenir son malade à l'asile. Sa mauvaise humeur de voir échouer ses combinaisons éclate dans une lettre où il parle *du temps nécessaire pour chercher autre chose, s'il y a lieu, hélas! et de la nouvelle corvée qui lui échoit !!*

OBSERVATION XIII (personnelle).

Recueillie dans le service du Dr ROGER-MIGNOT, à Charenton.)

Artério-sclérose. — Affaiblissement léger des facultés.

Troubles du caractère. — Mise en liberté.

E..., né en 1844, à Paris, entre, placé volontairement, le 14 avril 1910. Le certificat déclare le malade atteint « d'artério-sclérose et de ramollissement cérébral, caractérisés par un affaiblissement général de l'intelligence et du système musculaire. » Le médecin conclut que son client « peut être traité avec avantage dans une maison de santé telle que la Maison nationale de Charenton. » E... vient seul à l'asile, déclarant qu'il a besoin d'être saigné, car il a peur que son cœur ne s'arrête; il ajoute que sa femme étant toujours d'humeur grincheuse, il préfère entrer dans un hospice. Le malade, qui est en effet artério-scléreux et qui a été hémiplégie il y a quelques années, est légèrement affaibli et présente quelques idées hypochondriaques. Le certificat de vingt-quatre heures conclut à la mise en observation; mais le médecin essaye de persuader à M^{me} E... de reprendre son mari. Elle le fit du reste assez volontiers.

La note suivante, que nous empruntons à l'observation, et que le Dr Mignot nous dicta le lendemain de la sortie, résume bien la situation.

23 avril 1910. — Ce malade ne présentait pas d'affaiblissement notable des facultés intellectuelles. Ce qui dominait dans son état, c'étaient les préoccupations hypochondriaques relatives à l'état de son cœur et de son ancienne hémiplégie. Ces préoccupations étaient assurément motivées par l'état physique, mais la répétition incessante des plaintes formulées, le besoin continu qu'avait le malade d'être rassuré sur sa santé et sur l'avenir qui lui était réservé, devaient évidemment rendre la vie très pénible à l'entourage.

Malgré l'existence de ces anomalies de l'humeur, malgré les craintes exagérées, mais non délirantes, au sujet de sa santé, la place de ce malade n'était pas, pour le moment du moins, dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION XIV (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr A. ADAM, à l'asile Saint-Georges,
à Bourg.

Hospitalisation dans un asile de vieillards. — Idées vagues de persécution. — Internement. — Malade se montrant calme. — N'aurait pas besoin d'être interné.

Le papa G..., comme on a coutume de l'appeler à l'asile, est âgé de 80 ans. Un doigt laissé à Solférino lui valut une pension de 150 francs par an. Il marche avec des béquilles en raison de l'impotence partielle qu'ont occasionné chez lui plusieurs crises de rhumatisme. A 74 ans il fut placé dans un hospice de vieillards. Il y était heureux quand, après trois ans de séjour, il découvrit qu'il y avait des punaises dans son lit... et découcha. Rentré à l'asile, un employé lui demanda de lui « payer la goutte ». Le papa G... répondit qu'il n'était pas assez riche et menaça l'employé, au cas où il insisterait, de lui donner des coups de béquilles. Le même jour il vit le fils du directeur tirer à la carabine dans le parc; il se persuada qu'une balle lui avait traversé son chapeau. Il conclut de l'ensemble de ces faits, que

l'on manquait d'égards pour lui, se ferma dans sa chambre, menaça d'un méchant couteau ceux qui essaieraient d'ouvrir; fut enfin « maîtrisé » par la maréchaussée appelée et placé au « cabanon » de l'hôpital de T . . Là il se montra, paraît-il, très excité et fut amené à Bourg. Le malade nous a raconté ses misères, il a même ajouté qu'on avait essayé de l'empoisonner avec du tabac à priser... mais il va oublier tout cela, il y a dans son quartier une sœur qui lui a dit « de bonnes choses », et il voit bien qu'ici on le laissera tranquille.

En fait, toutes les fois que le temps le permet, on voit le papa G... se promener dans la propriété; si d'aventure il aperçoit un lièvre, il vient vite (aussi vite que le lui permettent ses quatre jambes) nous en avertir, il s'intéresse aux travaux des champs, fait la causerie avec les valets de ferme..., bref il mène une vie parfaitement heureuse, et ce n'est évidemment qu'en se plaçant au point de vue moral et administratif qu'il y aurait lieu de demander un autre mode d'assistance (colonie familiale de préférence) pour ce brave homme incontestablement affaibli et dont les idées pseudo-délirantes pourraient bien avoir été provoquées par les taquineries de l'entourage.

Dans les deux cas qui précèdent, il s'agit simplement de malades affaiblis, présentant, comme beaucoup de vieillards, quelques idées hypochondriaques, si justifiées par la sénilité, ou quelques idées de persécution qui ne sont que l'exagération de l'état psychologique de cet âge, porté à se voir en butte à la malveillance de l'entourage. Le premier malade ayant de la fortune et de la famille, il a été facile de le faire sortir. Quant au second, il est à peu près impossible d'obtenir pour lui un autre mode d'assistance. Le maire de la commune ne manquera pas de faire valoir que ce malade a déjà été dans un hospice ouvert et que l'on n'a pas pu l'y garder. C'est exact; mais s'il y avait eu, dans cet hospice, un personnel tant soit

peu habitué aux séniles, les événements n'auraient pas pris l'ampleur qu'ils ont eue.

À la fin de ce chapitre nous proposerons une solution qui permettrait de placer ces malades dans des familles aptes à les soigner.

L'observation suivante donnera idée du succès qu'obtiennent les demandes d'élargissement de vieillards abusivement séquestrés.

OBSERVATION XV (résumée)

(Due à l'amabilité du Dr JACQUIN, médecin en chef de Sainte-Madeleine, à Bourg.)

Internement d'office d'une cérébro-scléreuse infirme. — Demande de transfert dans un hospice. — Impossibilité de faire droit à cette requête en raison de manque de maisons spéciales.

Veuve P..., 71 ans, entrée à Sainte-Madeleine le 12 août 1910.

Certificat d'internement. — « Est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de la démence sénile, des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des périodes d'excitation où elle pourrait être dangereuse pour l'entourage : coups à des enfants, incendie. Il n'est pas possible, dans ces conditions, de laisser cette femme dans une famille, et il y a lieu de la faire admettre d'urgence dans un asile d'aliénés. » « Dr X... »

Résumé de l'examen à l'entrée. — Cérébro-sclérose lacunaire ; affaiblissement intellectuel sans délire, sans hallucinations, sans agitation ni dépression ; inconscience, papotage puéril, gâtisme ; paresse des membres inférieurs, marche à petits pas. Légère turbulence nocturne.

Le certificat de vingt-quatre heures rend compte de l'état ci-dessus et se termine ainsi : « Dans ces conditions et m'inspirant de la circulaire ministérielle de novembre 1906 (titre III), j'estime

que cette malade n'est pas une aliénée au sens de l'article 18 de la loi de 1838 et qu'elle ne doit pas être maintenue dans un asile spécial. C'est une infirme cérébrale et physique, une incurable justiciable de la loi du 14 juillet 1905, et dont la place est à l'hospice des vieillards. A maintenir provisoirement en attendant son transport dans un hospice. 13 août 1910. »

« D^r JACQUIN. »

Le certificat de quinzaine est la répétition du précédent, sauf qu'il se termine par ces mots : « à transférer dans un hospice » (28 août 1910). Or, le 20 février 1912, la situation n'a pas changé, les conclusions médicales sont les mêmes et la malade est toujours à l'asile.

Dans les trois observations suivantes, il s'agit de malades qui ont été internés alors qu'ils étaient absolument déments et qui n'ont pas tardé à succomber.

OBSERVATION XVI (personnelle).

(Recueillie à Charenton dans le service du D^r ROGER-MIGNOT.)

*Démence. — Internement. — Décès au bout de trois jours.
Autopsie.*

R... nous est amené au début de 1910. Il est âgé de 69 ans. Il est depuis deux ans paralysé du membre supérieur gauche. Cette monoplégie s'est installée lentement sans ictus. Dès le lendemain, la femme du malade a remarqué des modifications dans l'état mental : changement d'humeur, perte de la mémoire, etc... Depuis quelques jours, le malade serait plus bruyant et parlerait de se suicider. Ce sont ces raisons qui poussent sa femme à le faire interner.

R... parle assez difficilement ; il ne semble pas se rendre compte de l'endroit où il se trouve. Sa mémoire est très diminuée ; il ignore la date, le nom du Président de la République,

etc. Il est émotif comme tout cérébral et fond en larmes en songeant que Carnot a été assassiné. Il est vaguement persécuté par un voisin qui veut lui faire perdre son état civil.

Le malade a des troubles de la déglutition. Le bras gauche est contracturé en flexion, les jambes sont parésiées. Le ventre est gros et contient du liquide. Le malade gâte.

Sa température, à l'entrée, est de 37°4 ; le lendemain elle s'élève, reste pendant deux jours aux environs de 40°, et le malade meurt trois jours après son internement.

A l'autopsie, on trouve un poumon congestionné, un cœur gras aux valvules fénêtrées. Le cerveau présente un foyer de ramollissement (cortex droit) et de la congestion diffuse.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Recueillie dans le service du Dr ROGER-MIGNOT à Charenton.

*Internement d'un vieillard pour faciliter le mariage de son fils.
Mort au bout de quelques semaines.*

P... était âgé de 60 ans quand il fut amené en juillet 1911 avec un certificat signalant la démence, et de temps en temps des accès d'agitation, avec tendance à frapper. P... eut un léger ictus il y a sept ans. Depuis dix-huit mois il s'affaiblit progressivement, et il est maintenant à la période ultime de sa maladie, et bien incapable de se montrer violent.

Il ne peut se tenir debout ; il ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve. Il a une dysarthie très prononcée qui rend presque impossible toute conversation. P... se laisse facilement soigner ; une ou deux fois cependant, il bouscule le bol de lait qu'on lui présente.

De temps en temps P... fait des poussées de température qui coïncident avec une aggravation de l'état cérébral (congestion, tendance au coma...) Ces faits se représentent quatre ou cinq fois, et P... succombe quarante-six jours après son admission.

En réalité, le malade qui fait l'objet de cette observation avait été interné dans les conditions suivantes. Son fils devait se marier, mais les beaux-parents, mis au courant de l'état de P..., avaient demandé qu'on l'internât et que l'on déclarât qu'il était infirme, et qu'habitant la Drôme il ne pouvait venir au mariage.

Après la mort, la famille fit transporter le corps dans une église voisine de la gare de Lyon, et indiqua sur les lettres de faire-part que le décès avait eu lieu dans la Drôme et que le corps avait été ramené à Paris.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'amabilité du D^r JACQUIN, médecin en chef de Sainte-Madeleine, à Bourg.)

Démence organique. — Décès après trois semaines d'internement.

Veuve B..., 79 ans, entrée à l'asile Sainte-Madeleine à Bourg, le 12 août 1910 avec le certificat suivant du D^r X..., « est atteinte de démence sénile avec accès d'agitation, délire de persécution qui l'a rendue dangereuse pour elle-même et pour la sécurité publique. Cette malade doit être placée d'urgence dans un établissement spécial où elle recevra les soins que nécessite son état ».

Certificat de vingt-quatre heures : « Est atteinte de démence organique caractérisée par de l'inconscience profonde avec amnésie, agnoscie, aphasic sensorielle, gâtisme, etc. L'état général est mauvais et la vie paraît compromise, de telles malades, qui ne viennent à l'asile que pour encombrer un service déjà surchargé et pour y mourir, seraient mieux à leur place dans les sections particulières d'hospices de vieillards que dans un asile d'aliénés.

A maintenir provisoirement. »

« 13 août 1910. »

« D^r JACQUIN. »

Certificat de quinzaine. Enumère les mêmes symptômes et conclut : « C'est à mon avis une infirme cérébrale et physique plus encore qu'une aliénée. Conformément à la circulaire ministérielle du 10 novembre 1906, titre III, j'ai le devoir d'appeler la bienveillante attention de M. le Préfet sur la situation de cette malade, qui serait mieux placée dans une section d'hospice de vieillards, que dans un asile d'aliénés.

« A maintenir provisoirement.

« 28 août 1910.

Dr JACQUIN. »

La malade décédait, toujours internée, le 9 septembre de la même année.

Les observations rapportées dans ce chapitre tendent à démontrer que l'organisation de l'assistance aux vieillards mentalement affaiblis n'est pas résolue d'une manière convenable.

Il est, d'autre part, évident que les différentes lois et les différentes circulaires ne déterminent pas d'une manière assez précise quels sont les séniles que l'on peut interner et ceux que l'on doit placer dans des hospices ou dans des familles.

Nous avons déjà dit que le docteur Roger-Mignot avait fourni à M. Mirman un rapport traitant de la question. Nous ne saurions mieux faire que de donner ici les conclusions de ce travail, du reste inédit.

« 1^o L'internement des vieillards cérébralement atteints est justifié, *au point de vue légal strict*, du moment que les troubles mentaux atteignent un degré tel que la vie dans le milieu social est devenue impossible pour l'individu en question.

« 2^o Réglementairement (circul. du 10 novembre 1906) et moralement, les vieillards doivent être placés à l'hospice, alors même qu'ils ont des troubles mentaux, lors-

que ceux-ci n'entraînent aucune réaction pénible ou dangereuse pour l'entourage, lorsqu'ils consistent seulement en un « retour à l'enfance », suivant l'expression populaire.

« 3° Légalement et moralement, les vieillards doivent être internés à l'asile d'aliénés lorsque, indépendamment de la démence sénile, ils présentent un délire, ou lorsque, sous la dépendance de l'affaiblissement mental, ils se livrent à des actes désordonnés, qui rendent leur présence pénible ou dangereuse dans l'hospice.

« Le critérium de cet état est fourni par la nécessité d'employer vis-à-vis de ces vieillards devenus aliénés des moyens de contrainte, légitimes seulement à la suite d'un placement en vertu de la loi de 1838. »

Dans les cas où l'on aura recours à l'assistance familiale, qui, d'après Rodiet (135), est particulièrement excellente pour les vieillards, il faudrait pouvoir placer les malades ayant besoin de soins spéciaux chez des particuliers préparés à donner ces soins.

Or, selon nous, c'est aux ménages d'anciens infirmiers retournant, au bout d'un certain nombre d'années, s'établir à la campagne, que l'on pourrait demander de se charger d'un ou plusieurs malades. Cette mesure permettrait à ces infirmiers de se retirer avant la vieillesse d'un métier particulièrement pénible, et d'augmenter les faibles ressources que leur procure une retraite insuffisante. Elle assurerait aux vieillards des soins dévoués et intelligents.

Il nous semble qu'il y aurait là un projet intéressant à étudier.

CHAPITRE IV

Internements abusifs d'enfants.

Enfants aliénés, épileptiques, anormaux. — Sourds-muets, aveugles. — La situation en France et à l'étranger. — Les travaux du Congrès de Lyon en 1911. — Histoire fantastique d'un jeune anormal. (Obs. XIX.)

La question de l'internement des enfants n'est envisagée ni dans la loi de 1838, ni dans le projet Dubief. Aussi admet-on communément que « les enfants aliénés peuvent être placés dans les asiles spéciaux à condition que les formalités soient remplies comme pour les adultes » (Marchand) (95).

Nous allons nous efforcer de démontrer les inconvénients de cette manière de faire. Mais, auparavant, il importerait de s'entendre sur le mot *enfant*. Nous avons, en effet, été étonné de lire dans l'article consacré par Comby (67) aux *Psychoses de l'enfance*, que celles-ci pouvaient apparaître « au moment des examens ouvrant accès aux grandes écoles ». Barbaux (15), dans sa statistique sur le suicide chez les enfants, comprend tous les suicidés âgés de moins de vingt et un ans. Vinchon, traitant du *Délire des enfants* (164), rapporte 51 observations, dont 12 seulement ont trait à des sujets âgés de moins de

quinze ans. Il nous semble que cette conception est erronée.

Au point de vue clinique, l'enfance cesse avec l'apparition de ce facteur étiologique important qu'est la puberté, et, en pratique, la limite extrême que l'on puisse assigner à l'enfance est la quinzième année.

Lacassagne, dans son traité de médecine légale, admet la classification suivante :

3^e enfance, 2 à 7 ans;

Adolescence, 7 à 15 ans;

Puberté, 15 à 20 ans;

Adulte, 20 à 30 ans.

Cet intervalle de cinq années entre l'adolescence et l'âge adulte nous paraît irrationnel, et est en tout cas en contradiction avec le sens attaché aux mots *adolescent* et *adulte*, du fait de leur désinence.

Cette réserve étant faite, si nous considérons les différentes psychopathies, primitives ou secondaires, on remarque que d'aucunes d'entre elles n'atteignent qu'exceptionnellement les jeunes sujets (manie, mélancolie, psychoses systématisées, troubles consécutifs aux infections, paralysie générale), tandis que d'autres se révèlent toujours, ou du moins souvent, à cette période de l'existence (épilepsie, imbécillité, idiotie, syndromes de dégénérescence).

Tous ces petits malades sont des aliénés au sens clinique du mot, mais socialement on a réservé ce nom à ceux de la première catégorie, ceux de la seconde en ont été isolés sous le nom d'*enfants anormaux*.

On ne saurait trop protester, en passant, contre la tendance qu'ont certains maîtres à classer parmi ces derniers

les petits sourds-muets et à chercher à les faire interner. Comme on l'a démontré si souvent et comme Giboulet (68) le démontrait dernièrement encore, ces enfants sont facilement éducatibles. En tout cas, il existe pour eux des maisons spéciales, et l'on ne doit les prendre dans les asiles que lorsque leurs éducateurs ont pu se rendre compte qu'ils étaient gravement atteints mentalement.

Les mêmes considérations s'imposent à propos des petits aveugles, qui, du fait de leur infirmité, peuvent être arriérés, sans être pour cela psychiquement tarés.

Parlant de ces deux catégories de petits malades, M. Clémenceau, alors ministre de l'Intérieur, s'exprimait ainsi (34) : « S'il s'agit d'un jeune sourd-muet ou d'un aveugle, j'ai à peine besoin de rappeler qu'il convient de lui assurer les bienfaits de l'instruction... soit dans une de nos institutions nationales.... soit dans un établissement privé spécial. Ai-je besoin d'indiquer combien il serait grave de ranger prématurément parmi les incurables des enfants à l'égard desquels on n'aurait point épuisé tous les moyens possibles de cure. »

Les *enfants aliénés*, dans le sens que nous réservons ici à ce mot, sont assez rares. Esquirol a soigné des maniaques de huit, neuf et quatorze ans, et un mélancolique de onze ans. En 1839, Aubanel et Thoré ont trouvé huit vésanies infantiles à Bicêtre. Depuis, on a rapporté un certain nombre de cas de psychoses infantiles. En 1904, le professeur Régis a signalé des troubles psychiques graves chez une fillette de 28 mois qui, jalouse d'un petit frère, se mit à refuser les aliments et eut des crises avec état syncopal (131).

Des nombreuses observations rapportées dans la thèse de Vinchon (164), aucune n'a trait à des malades âgés de moins de dix ans; mais douze (délires, psychoses périodiques) ont été observées chez des malades âgés de dix à quinze ans.

Sancte de Sanctis (141) a décrit la *dementia praecoxissima*, et Aubry (10) a rapporté l'observation d'un petit malade entré en 1903 à Maréville, et dont la psychose présente tous les caractères de la démence précoce.

La paralysie générale infantile est maintenant connue: Marchand et Nouët (96) en ont rapporté un cas type, il y a quelques années.

Les psychoses sont encore plus fréquentes chez les enfants au cours de la fièvre typhoïde (Comby) (67), (Samuel Adams) (3), (Dieuzaidé) (58); des maladies de l'oreille (Troubert) (159); de la chorée (Régis) (217), (Marchand et G. Petit) (97).

On sait combien l'épilepsie est fréquente pendant l'enfance. Nous avons réservé un chapitre spécial à l'assistance des malades atteints de cette névrose, mais comme on ne saurait faire bénéficier les enfants de l'hospitalisation que nous réclamons pour leurs aînés, nous aurons aussi à proposer pour eux une solution convenable.

Quant aux *anormaux*, nous verrons plus loin qu'ils comprennent une grande quantité d'enfants très dissimulables, depuis les simples arriérés jusqu'aux imbéciles et idiots.

Actuellement, ces trois catégories d'*enfants aliénés, épileptiques, anormaux*, sont en général placés dans les

asiles ordinaires avec les mêmes formalités que les adultes. Or, cette manière de faire est ridicule, car on ne saurait soutenir, s'il s'agit d'un placement d'office, que des enfants soient dangereux; et s'il s'agit d'un placement volontaire, pourquoi exiger de parents qui pourraient imposer (1) à leurs enfants telle ou telle résidence, qu'ils remplissent des formalités qui n'ont pour but que de sauvegarder la liberté des personnes.

Nous désirerions, pour les *enfants aliénés*, l'admission sans formalités (placement volontaire) ou sur demande du maire (placements d'indigents) dans les asiles ouverts dont nous demandons la création plus loin. En attendant, il serait désirable qu'un quartier spécial leur fût réservé dans les asiles.

Les *petits épileptiques* devraient, eux aussi, faire un séjour dans l'asile ouvert, et y être l'objet d'un traitement. Si au bout de quelques mois on n'obtenait aucun résultat, on les placerait dans un quartier spécial des hospices d'anormaux. Plus tard, quand ils seraient adultes, on les

(1) Le Code civil, livre I, titre IX (De la puissance paternelle) donne même au père les droits suivants :

Art. 375. — Le père qui aura des sujets de mécontentement aura les moyens de correction suivante :

Art. 376. — Si l'enfant est âgé de moins de 16 ans commencés, le père pourra le faire détenir pendant un temps qui ne pourra excéder un mois, et, à cet effet, le Président du Tribunal d'arrondissement *devra, sur sa demande, délivrer l'ordre d'arrestation.*

Art. 377. — Depuis l'âge de 16 ans commencés jusqu'à la majorité ou l'émancipation, le père pourra seulement requérir la détention de son enfant pendant six mois au plus; il s'adressera au Président du Tribunal, qui, après en avoir conféré avec le Procureur de la République, délivrera l'ordre d'arrestation ou le refusera et pourra, dans le premier cas, abréger le temps de la détention requis par le père.

enverrait suivant la nature de leur névrose et de leur caractère à l'asile ou à la colonie.

Du reste, la circulaire Clémenceau (14 juillet 1908), admet la possibilité (commentaire de l'article 40), de faire bénéficier ces malades d'un des modes d'assistance prévus par la loi de 1905, hospitalisation ou assistance familiale : « Mais pour se décider, dit-elle, on devra presque toujours recourir à l'appréciation d'un médecin aliéniste qui examinera le sujet. »

Pour ce qui est des enfants anormaux, on s'occupe beaucoup de leur sort depuis quelques années. Malheureusement, le mauvais vouloir des Conseils généraux risque de décourager ceux qui se dévouent à cette cause.

Le Congrès de Dijon marque une première étape dans l'histoire de leur assistance. A cette époque, le docteur Charon, dans un rapport très intéressant, constate que nous sommes, à ce point de vue, *au dernier rang des pays d'Europe*. Depuis, on a fait quelques progrès, mais on le doit à l'initiative de médecins, de pédagogues et de philanthropes dévoués (Bordeaux, Lyon, Poitiers, Tours, Amiens), bien plus qu'à la loi stérile du 15 avril 1909, loi qui *autorise* les départements, sur la demande des communes, à créer des classes de perfectionnement et des écoles autonomes pour anormaux des deux sexes.

Or, les villes ne se soucient pas de se lancer dans ces dépenses facultatives, et Lucien Descaves, qui fait partie du *Comité pour le relèvement des enfants anormaux*, écrivait dernièrement dans le *Journal* : « ... Vous le savez, les classes de perfectionnement prévues n'existent encore pour ainsi dire que sur le papier, sauf à Lyon et à

Bordeaux. J'ose à peine parler de Paris, où je ne vois guère que les deux essais pratiqués dans le dixième arrondissement et la classe modèle de la rue Lecomte. »

En 1911, une section du Congrès de médecine de Lyon, sous le nom de « Réunion pour l'étude de l'enfance anormale », s'est particulièrement occupée de l'assistance aux enfants anormaux (P^{rs} Régis, Et. Martin, D^{rs} Audemard, Granjux, Courjon, Perrin, Gaujaux).

Cette assemblée, avant de se séparer, a constitué une commission permanente présidée par M. Beauvisage, et ayant M. le docteur Paul-Boncour comme secrétaire, commission chargée de mener à bien l'œuvre commencée.

Mais qu'il nous soit permis de montrer ce que deviennent ces enfants dans les départements qui n'ont pas d'hospices spéciaux. La plupart d'entre eux restent dans leur village, courent des dangers sur la voie publique, sont un embarras pour le maître d'école, qui les néglige, deviennent la risée des autres enfants, souvent leurs victimes, et, plus tard, finissent dans le vagabondage. D'autres sont confiés à des œuvres d'assistance, ordinairement religieuses; ils sont de ce fait vaguement protégés contre la société, mais leur éducation est complètement négligée; à 18 ans, on les place dans un asile. Enfin, un certain nombre, les plus malpropres, ceux qui font des fugues, sont, tout enfants, amenés à l'asile départemental, qui est obligé de les recevoir; ils y sont perdus au milieu des autres malades, sauf dans la Seine (Vaucluse, Biscette), et dans de rares départements, où le prix de la journée est plus élevé, ou bien où des dons ont été faits dans ce but. Là, des quartiers spéciaux ont été réservés

aux enfants (Loir-et-Cher, Yonne, Nord, Oise, etc.). Enfin, dans deux ou trois départements tout à fait privilégiés, on trouve de véritables instituts médico-pédagogiques annexés aux asiles (Gironde, Seine-Inférieure). Le dernier en date, qu'a visité le Congrès de 1911, est l'institut de l'asile de Dury-lès-Amiens, dans lequel les enfants ne sont pas soumis au régime de la loi de 1838.

Quelques maisons privées organisées pour recevoir des anormaux reçoivent des enfants placés par le département; mais le nombre en est très restreint. On peut citer Meyzieu, près de Lyon, Vitry, Eaubonne, La Force, etc. Dans les départements autres que ceux énumérés ci-dessus rien n'a été fait pour les enfants. Ce qui faisait dire à Terrien, au Congrès de Nantes : « Sparte se débarrassait de ses petits infirmes en les précipitant du haut d'une falaise; en France, est-on plus humain en les laissant grandir, vieillir et mourir dans leur imbecillité morale... », on pourrait ajouter... et dans les asiles d'aliénés. Et cependant, dès le début du xix^e siècle, Pinel, Itard, Esquirol, puis, un peu plus tard, Ferrus, Fabrel, s'étaient occupés de l'éducation des anormaux. Ils ne furent pas encouragés, et un de ceux qui s'étaient le plus adonnés à cette œuvre, et qui est considéré aujourd'hui encore comme le fondateur de la méthode d'éducation des idiots et des arriérés, Edouard Seguin, « écœuré de ses déboires à Paris, s'expatria aux Etats-Unis, y régularisa ses procédés et participa à l'organisation d'un certain nombre d'établissements d'idiots » (Chazal) (31).

Si le lecteur désire savoir jusqu'à quel point l'étranger nous a devancés dans cette voie que nous avons abandonnée, nous pouvons donner quelques chiffres d'après

les principaux auteurs que nous avons consultés, et en particulier d'après Chazal, qui fit, sur ce point, une excellente monographie. Faisons remarquer toutefois que ces données datent déjà de cinq ans et que, depuis, des progrès ont sans doute été faits.

En 1905, l'Allemagne avait, pour les enfants arriérés, 230 *hilfsschulen* qui recevaient 15.000 enfants.

En 1907, l'Angleterre avait, pour les anormaux, 150 écoles, dont 100 à Londres.

Bruxelles, à la même date, possédait six écoles spéciales; Gand et Anvers chacune deux.

La Suède, pour ses cinq millions d'habitants, avait déjà, à la fin du siècle précédent, 16 écoles, 6 maisons de travail et 7 maisons d'entretien, qui recevaient épileptiques et arriérés.

L'Autriche et l'Italie possèdent aussi plusieurs établissements pour ce genre d'enfants. Seule l'Espagne est en retard.

Que propose-t-on en France pour rattraper le temps perdu ?

Régis (Congrès de Lyon, 1911) demande la création de plusieurs sortes d'établissements répondant aux diverses catégories d'anormaux qu'il classe ainsi :

Anormaux non arriérés.	{	Instables ou agités.	{	Chacune de ces catégories comprend des instables et des calmes.
		Calmes ou passifs,		
Anormaux arriérés.....	{	Légers.		
		Moyens.		
		Profonds.		
	{			

Quant aux établissements réclamés, ce sont :

Des classes spéciales, des écoles autonomes et instituts

médico-pédagogiques (hôpital-école). Des établissements de préservation, d'amendement et de réforme; des quartiers d'asiles.

Revenant sur le même sujet dans la *Clinique* (132) (décembre 1911), le savant professeur de Bordeaux insiste tout particulièrement sur le rôle du médecin dans l'assistance éducative des anormaux, et il conclut que cette assistance « sera essentiellement médico-pédagogique, ou qu'elle ne sera pas ». La nécessité de cette coopération est indiscutable, car ce sont bien souvent des anomalies et des défectuosités physiques facilement opérables (végétations adénoïdes, phimosis) qui rendent un enfant anormal.

Pour qui veut se convaincre de la vérité de cette assertion et aussi de la manière dont les enfants anormaux sont traités dans les villages, nous résumons une observation rapportée par les docteurs Charon et Courbon (30). Cette histoire n'est pas extraite de quelque vieille chronique, mais s'est déroulée, il y a trois ans, dans le département de la Somme.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Publiée dans *l'Encéphale* de 1911, par les D^{rs} CHARON et COURBON, qui voulurent bien nous autoriser à nous en servir.)

*Enfant de 14 ans brutal et vicieux. — Onanisme en public.
Calcul vésical. — Opération. — Guérison.*

Le jeune Henri est âgé de 14 ans quand il entre à l'institut médico-pédagogique, annexé à l'asile d'Amiens. Depuis quatre années il se montre tout à fait anormal, d'un caractère absolument insupportable et méchant, entrant facilement en colère, frap-

pânt ses parents et ses maîtres. A cette époque il commença à se livrer à l'onanisme, et ceci, dans la classe, dans la rue, ou devant les siens; mais ses manœuvres s'accompagnaient d'un état douloureux qui provoquait des cris et même de véritables fureurs. Un médecin consulté, pratiqua la circoncision, mais il n'en résulta aucune amélioration dans l'état du jeune malade. C'est alors que se passèrent des scènes du dernier grotesque. Les autorités municipales du pays délibérèrent de la question, et tentèrent d'intimider l'enfant par l'envoi des gendarmes qui le menacèrent de prison. Peine évidemment inutile. L'assemblée, après qu'une voix libérale eut déclaré que « si l'enfant avait dix-huit ans, le seul remède serait la femme » décida à l'unanimité l'application de la violence. Elle investit les parents de la mission de corriger le jeune malade, et requit les voisins de leur prêter main forte au besoin ! — On devine ce que fut le martyre de ce pauvre enfant pendant deux années. Mais ce traitement d'un nouveau genre n'ayant eu aucun succès, pas plus du reste que les neuvaines des religieuses et les foudres du confesseur auxquels on avait eu recours, on envoya le malade à l'institut médico-pédagogique, annexé à l'asile de Dury. Là on porta le diagnostic de calcul vésical, on opéra le malade., et aujourd'hui, un an après l'intervention, C... est un enfant de 15 ans qui s'est bien développé, qui a abandonné ses manœuvres solitaires, et qui ne présente plus que quelques tendances à l'indocilité.

L'observation suivante ne manque pas non plus d'intérêt :

OBSERVATION XX (personnelle).

Histoire d'un jeune homme aujourd'hui normal, et que l'on avait voulu autrefois placer comme idiot à l'asile de Bourg. Il s'agissait d'un placement volontaire; on refusa l'enfant à cause de son jeune âge.

Le jeune Paul est amené en 1902 à l'asile de Bourg pour y être placé comme idiot. Il a alors cinq ans, ne marche pas, ne

sait dire que quelques mots. Il a l'aspect myxœdémateux. Comme il s'agit d'un placement volontaire, le médecin-directeur refuse de recevoir un enfant aussi jeune. Mais Paul est un petit orphelin dont un oncle chartreux, son seul parent, se trouve fort embarrassé. Pour lui venir en aide les religieuses de l'asile veulent bien se charger de l'enfant qui est confié à une sœur occupée en dehors des divisions. Celle-ci se prend d'une grande affection pour son petit protégé. Au bout de quelques semaines Paul commence à faire quelques pas, soutenu par une brassière. Quelques mois plus tard il marche seul et récite des petites prières. A sept ans, il connaît tous ses départements, écrit convenablement et sert la messe. A dix ans, il quitte sa «maman», comme il se plaisait à appeler la sœur qui l'avait élevé et est placé dans un orphelinat. Il était alors peu docile et peu intelligent, quoique son excellente mémoire lui permit d'apprendre facilement fables, compliments, etc.

Nous n'avons pas revu Paul depuis cette époque, mais nous avons dernièrement demandé de ses nouvelles. On nous a répondu qu'il était tout à fait normal et qu'on l'avait placé en Belgique dans un juvenat, parce qu'il se destinait à entrer dans un ordre de *Frères*.

Nous ne croyons pas que cet enfant soit absolument normal, ni qu'il soit une heureuse recrue pour le milieu qui le reçoit. Cependant, bien entouré et bien dirigé, il pourra mener une existence heureuse et utile. Si au contraire on l'avait accepté comme aliéné à l'âge de cinq ans et placé au milieu d'idiots, il est très probable que ce serait aujourd'hui un de ces adolescents gâteux comme chaque asile en possède plusieurs spécimens.

Comme conclusion à ce chapitre et à ces deux histoires, nous insistons à nouveau sur la nécessité qu'il y a de soigner les enfants d'une manière toute spéciale, et de ne pas les interner.

CHAPITRE V

Internements abusifs de malades améliorés.

La circulaire Clémenceau et les malades améliorés. — Sorties qui ne sont possibles que dans certaines conditions. — Difficultés que l'on rencontre pour réaliser ces conditions. — Observations.

Dans la circulaire d'octobre 1906, M. Clémenceau, alors ministre de l'Intérieur, envisageant la question du désencombrement des asiles, parlait des malades qui pourraient sortir et de ceux qui devraient sortir.

« Ceux qui *pourraient* sortir, disait-il, sont les aliénés non complètement guéris, mais n'ayant plus besoin de soins spéciaux, et que le médecin en chef estime pouvoir être placés, non seulement sans aucun danger, mais encore utilement, auprès d'une famille de braves gens où ils trouveraient une surveillance suffisante, en même temps que des conditions d'existence matérielle et morale moins pénibles. »

Quant à ceux qui devraient sortir, M. Clémenceau déclare qu'ils sont de deux sortes. Ce sont d'abord les *vieillards*. Nous avons étudié cette question dans un chapitre spécial. L'autre catégorie comprend « ... les aliénés guéris, et relativement jeunes encore, que l'on se déclare au-

jourd'hui prêt à libérer *si l'on savait ce qu'ils deviendraient* le lendemain, que l'on garde préventivement pour leur éviter le dépôt de mendicité, et dont le plus grand nombre acceptent d'ailleurs cette situation sans se plaindre ».

Nous tenons à étudier tout d'abord ce second point de la question.

Nous ne pensions pas, en abordant ce travail, avoir à traiter de l'internement d'aliénés guéris. Mais il résulte clairement du texte que nous venons de citer, et des lignes qui y font suite, que M. Clémenceau aurait été disposé à croire que l'on gardait dans les asiles d'anciens malades guéris. Il ajoutait même que le fait se pratiquait surtout dans les asiles privés « sous prétexte de philanthropie, en réalité à cause des services qu'ils (ces malades guéris) rendent à l'asile ou dans ses dépendances ».

Nous avons été étonné de trouver dans un document officiel et rendu public des insinuations qui ne peuvent que jeter la suspicion sur un grand nombre d'asiles et de médecins aliénistes, puisqu'elles tendent à admettre l'existence de séquestrations qui ne mériteraient plus le qualificatif d'*abusif*, mais bien d'*arbitraire*, puisqu'il s'agirait du maintien d'aliénés guéris. Ces faits, qui seraient et une violation de la loi, et un vol au détriment du département et de la commune, mériteraient une sanction ; nous nous refusons à croire à leur existence.

Ces réserves étant faites, nous serons bien volontiers d'accord avec la circulaire pour reconnaître qu'il existe dans les asiles des malades qui pourraient sortir, quoique non complètement guéris, mais n'ayant plus besoin

de soins spéciaux. Mais nous allons montrer que bien souvent le médecin se heurte, quand il veut essayer de ces sorties, à des difficultés insurmontables.

Nul n'ignore que les affections mentales, quand elles régressent ou s'atténuent au bout d'un certain nombre d'années, ne sont pas sans laisser leurs victimes dans un état de déficit intellectuel plus ou moins accusé.

On trouve ainsi d'anciens aigus ayant fait autrefois des accès de manie, de mélancolie ou de confusion, qui se trouvent, si l'on peut dire, en quelque sorte *handicapés* dans l'existence et qui ne peuvent rentrer dans la vie sociale que si certaines conditions se trouvent réalisées.

Le médecin qui voudrait améliorer le sort de ces malades, mais qui ne peut les déclarer absolument guéris et aptes à vivre en liberté, signale ordinairement dans ses certificats les conditions dans lesquelles le malade pourrait sortir ; mais si le milieu qui devrait le recevoir se refuse à réaliser ces conditions, le chef de service ne pourra demander la mise en liberté.

Cette situation se présente surtout pour d'anciens déments précoces, quelquefois pour des délirants, plus rarement pour d'anciens maniaques dépressifs, car cette affection n'évoluant pas ordinairement vers la démence, ceux-ci peuvent plus facilement être mis en liberté sans conditions. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les difficultés surgissent particulièrement quand le malade se trouve appartenir aux classes supérieures de la société. Il intervient alors des considérations sociales, familiales et économiques, qui compliquent la situation.

Tel est le cas de T..., dont nous allons rapporter l'observation et qui vient d'être mis en liberté *après vingt-*

neuf ans d'internement. Il s'agit d'une démence précoce à forme périodique.

OBSERVATION XXI (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ROGER-MIGNOT à Charenton.)

Démence précoce (?) fruste. — Internement datant de vingt-neuf ans. — Refus de la famille de s'occuper de son malade. — Mise en liberté par l'autorité judiciaire sur la demande du médecin.

T..., né le 15 octobre 1865 à Paris, entre à Charenton le 2 mai 1883 ; il est alors dans un état mélancolique, parle de déshonneur, veut se suicider et sort guéri le 3 novembre de la même année.

Il est réinterné le 14 mars 1884 ; il présente alors des signes d'excitation (insomnie, loquacité, actes déraisonnables). Le malade n'a pas quitté Charenton depuis cette époque ; on relève dans son observation des périodes d'excitation et de dépression ayant nécessité son placement temporaire à la division des agités et à l'infirmerie.

Son dernier accès de dépression date de 1907, et ne fut caractérisé que par quelques idées hypochondriaques très vagues. C'est à partir de cette époque que les médecins estiment que T... était susceptible d'être mis en liberté, mais à la condition qu'il trouve au dehors la tutelle et les secours pécuniaires qui lui étaient nécessaires. C'est qu'en effet ce malade, qui est entré à 16 ans à Charenton, en a aujourd'hui près de cinquante et se trouve être inapte à tout travail.

Mais T... appartient à une famille bourgeoise ; son père est mort, sa mère a 80 ans ; un de ses frères est officier supérieur, un autre est employé dans un ministère.

Quant à ses trois sœurs, « elles se sont, dit le malade, vraisemblablement mariées sans dire que j'étais interné ». Bref, on

se soucie d'autant moins de voir T... reprendre place au foyer familial, qu'il bénéficie à l'asile d'une demi-bourse. Aussi la famille manifeste-t-elle son mauvais vouloir en ne venant pas voir T..., en refusant de venir s'entretenir avec le médecin, etc.

Ne pouvant forcer une famille à reprendre un malade, estimant que celui-ci ne pouvait vivre au dehors privé de tutelle, le Dr Mignot fournit, le 20 mars 1908, le 18 août 1909, le 16 mars 1910, le 20 mars 1911, et le Dr Dupouy le 12 septembre 1910 et le 8 septembre 1911, des certificats qui tous concluaient au placement de T... dans une colonie familiale, comme il le réclamait.

Mais T... ne peut passer directement de Charenton (Établissement national) à Dun-sur-Auron (Établissement départemental de la Seine). Il faudrait, pour arriver à cette fin, qu'il fût placé quelque temps à Sainte-Anne ; mais la famille, qui a peur qu'au cours de ces examens successifs son malade ne soit mis en liberté, oppose une fin de non-recevoir à toute demande faite dans ce sens.

Si bien que sur la demande du Dr Mignot, le Procureur de la République fait nommer un curateur à la personne de T... (juillet 1911) et ordonne une expertise. Sur ces entrefaites, la mère et la sœur du malade meurent successivement. La famille n'avertit pas T... de ces événements qui, il est triste de le dire, devaient être heureux pour lui. Il se trouve de la sorte à la tête d'un petit héritage qui lui permet de vivre sans le secours des siens, et en janvier 1912 le Tribunal ordonnait sa mise en liberté et lui assignait comme résidence une maison de santé ouverte.

Nous pourrions encore, dans le même ordre d'idées, rapporter l'observation suivante ; elle a l'avantage de montrer que la non-réalisation des conditions demandées amène rapidement un retour à l'asile.

OBSERVATION XXII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr A. ADAM, à Bourg.)

Démence précoce. — Amélioration de l'état du malade. — Refus du père de reprendre son fils. — Évasion transformée en sortie. — Vagabondage. — Peccadilles et réintégration à l'asile.

P... entre à l'asile de Bourg en août 1908, il présente alors tous les signes d'une démence précoce en évolution, et en particulier un *maniérisme* remarquable. Les symptômes durent dix-huit mois puis s'atténuent peu à peu, et P... ne conserve plus de son affection qu'un caractère instable avec interprétations et réactions pathologiques. Cependant ces troubles ne sont pas de nature à empêcher le malade de vivre dans un milieu qui s'accommoderait de ce caractère, et sur ses instances le médecin écrit au père de P... pour lui demander de réclamer son fils, qui bénéficiera d'une sortie à titre d'essai. Mais le père déclare qu'il ne reprendra son fils sous aucun prétexte.

P... s'en montre très affecté, quant au médecin il n'ose provoquer la sortie sans conditions, et le malade est maintenu. Il continue à réclamer de temps en temps son *exeat*, et le médecin fait auprès de la famille une nouvelle démarche qui reste vaine.

Peu de temps après, P... qui était occupé au jardinage s'évade. Le médecin directeur fait un rapport au Préfet, signale les circonstances de la maladie, les démarches inutiles pour obtenir la sortie, l'état actuel... et conclut que l'on pourrait peut-être ne pas réinterner le malade. Il en est ainsi ordonné.

Trois semaines, après P... devait être ramené. Voici ce qui s'était passé. Il était allé au bout de quelques jours demander du travail à un ancien malade de l'asile. Celui-ci lui en avait volontiers donné, mais P... n'avait pas tardé à se montrer très assidu auprès d'une jeune fille de quinze ans. Il l'avait prise un jour sur ses genoux, la jeune fille eut peur, se sauva et P..., pensant

qu'elle était allée avertir le père, s'enfuit. Les gendarmes furent prévenus, poursuivirent le malade qui fut arrêté, fit l'objet d'un rapport, et fut réinterné (juillet 1911). Il l'est toujours.

Il est évident que si le malade, au lieu d'être abandonné à lui-même, avait été affectueusement reçu par les siens et surveillé, il serait encore en liberté. Si, d'autre part, l'assistance hétéro-familiale existait dans l'Ain et dans la Saône-et-Loire, P... pourrait en profiter.

CHAPITRE VI

Internements abusifs d'adultes atteints de faiblesse intellectuelle.

Débiles, imbéciles et idiots. — Pervers et inoffensifs. — Quelques types. — Du mode d'hospitalisation qui conviendrait à chacun.

On donne le nom de faiblesse intellectuelle à tout déficit de l'intelligence résultant d'un arrêt ou d'un défaut de développement cérébral. Aussi n'existe-t-il, au point de vue psychologique, entre le débile, l'imbécile et l'idiot, qu'une différence de degrés dans leur état d'infirmité psychique.

Comment doit-on internier ces malades, et peut-il y avoir dans ce cas des internements abusifs ? La réponse à la première partie de cette question a fait l'objet de nombreux travaux. Nous n'avons pas la prétention de la résoudre ici.

L'idiotie, l'imbécillité et la débilité lorsqu'elles se compliquent de perversion instinctive se manifestent par des réactions antisociales ; ce sont ces malades qui peuvent présenter des accès de fureur homicide, se venger d'une contrariété en incendiant un immeuble, assouvir leurs passions sur des enfants, ou bien plus simplement outrager

ger la pudeur publique. C'est assez dire qu'ils devraient être continuellement surveillés.

Dans un milieu riche ou aisé cette surveillance pourrait facilement s'exercer, mais il y a lieu de considérer que l'on ne peut obliger une famille à conserver un être qui, non seulement ne lui donnera aucune consolation, mais qui peut encore lui porter un préjudice moral et matériel.

Dans un milieu plus modeste, de petits commerçants ou d'ouvriers, on ne saurait davantage garder un individu qui nécessite une surveillance continue.

Il sera donc le plus souvent nécessaire d'hospitaliser ces malades. Mais est-ce à dire que cette hospitalisation doive se faire à l'asile, tel qu'il est compris aujourd'hui ?

Dans un grand nombre de cas, où l'individu a des réactions anormales fréquentes, quand il se montre facilement violent ou pervers, quand son instinct génésique se révèle particulièrement ardent, il y a évidemment lieu de le séquestrer pour l'empêcher de nuire.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi. A côté des idiots, imbéciles ou débiles, qui sont pervers et antisociaux, il existe deux autres catégories de ces malades. Ce sont d'une part ceux qui, sous la double influence de leur nature et d'une formation spéciale, sont bienveillants et corrects ; et d'autre part ceux qui, étant donné leur état de déchéance psychique, mènent une vie purement végétative, et sont absolument incapables de toute réaction.

Or, chaque asile contient un grand nombre de malades pouvant rentrer dans une de ces deux catégories.

Les premiers circulent librement et sont employés suivant leurs capacités. Il serait souvent bien difficile d'en

rapporter les observations consciencieuses, car ces gens heureux n'ont pas d'histoire, ou du moins d'histoire écrite. Ils restent quarante ou cinquante ans dans les asiles, demeurent, tandis que les médecins passent, et ceux-ci les connaissent, surtout pour les avoir toujours vus circuler dans la maison.

Aussi ne ferons-nous qu'esquisser les traits de quelques-uns de ces types pour montrer qu'ils seraient susceptibles de vivre dans un autre milieu.

Tel est, par exemple, ce brave *Jean-Marie*, taille, 1 m. 60, poids, 95 kilos. Ses dimensions disproportionnées font le désespoir de la sœur du vestiaire. Inutile de vouloir l'habiller autrement que sur mesure. Depuis quarante ans bientôt, Jean-Marie sert d'intermédiaire entre la « sœur de la soupe » et les mendiants qui viennent trois fois par jour manger leur gamelle. Entre temps, il surveille de loin le jardin du médecin, dans l'espoir d'y apercevoir « mademoiselle Marie », la cuisinière, à laquelle il a voué un éternel amour. Cet amour ne s'est jamais manifesté d'une manière plus active.

Paul a une trentaine d'années, c'est un Parisien, interné à Bourg depuis vingt ans. Il est employé comme berger. Il a pour les enfants du médecin une amitié flatteuse, il les suit par la pensée dans chacun de leurs déplacements, vient leur dire adieu quand ils partent, et n'en quitte pas un sans lui dire : « Tu me serreras bien la main quand tu reviendras ? » On lui met de la joie au cœur pour plusieurs jours en lui donnant une image.

Quant à *Xavier*, interné depuis trente ans, il est de plus haute lignée ; il le sait et porte fièrement les jaquettes de son frère, *le sous-préfet* (en réalité agent de la paix).

Il roule des brouettes de bois, du bûcher à la cuisine, et chaque lundi va sur la route de Bourg à la rencontre de l'horloger, pour faire régler sa montre. (Xavier ne connaît pas l'heure.)

Des malades comme ceux-ci diffèrent des pervers dont nous parlions plus haut par un caractère souvent serviable et affectueux. Paul, par exemple, est à peine inférieur à certains bergers de profession que l'on rencontre dans la montagne, et s'il était né dans un milieu de braves paysans, il est probable qu'il n'aurait jamais été interné. C'est donc les hasards des circonstances qui amènent ces malades dans les asiles, tel le fait d'être issu d'un milieu ouvrier ou d'une grande ville, ce qui ne rend pas leur surveillance facile ; ce peut être aussi la mort des parents, ou quelquefois un léger délit auquel ils ont été entraînés par des camarades qui s'amusaient à leurs dépens.

Si, d'autre part, on voulait confier ces assistés à des familles étrangères, il faudrait une organisation et une surveillance sérieuses pour éviter l'exploitation d'êtres non organisés pour se défendre contre un milieu qui est souvent porté à les considérer comme un instrument pendant le travail, puis comme un jouet à l'heure de la récréation.

Actuellement, leur internement à l'asile où ils sont à la fois protégés et employés, est évidemment ce qu'il y a de mieux pour eux, mais ils seront les premiers à devoir être placés dans les colonies agricoles et dans les colonies familiales. Là, on pourra les hospitaliser à peu de frais, les surveiller et leur faire gagner leur vie.

[Une seconde catégorie, ayons-nous dit, comprend les

affaiblis les plus inférieurs. Ces êtres, qui n'ont d'humain que la forme, et dont le cerveau n'a jamais été éclairé de la moindre lueur d'intelligence, sont presque toujours entrés à l'asile tout enfants. Ils y grandissent le plus souvent sans qu'on ait essayé de faire leur éducation, et ils vivent ordinairement jusqu'à quarante ou cinquante ans, quelquefois davantage. Cependant, ils ne deviennent en général pas très vieux et meurent souvent de tuberculose. Ils passent ces années sur leurs lits de gâtes, souvent immobilisés par des malformations des jambes.

D'autres peuvent, par le beau temps, être promenés dans des petites voitures, et quelques-uns, les moins atteints, peuvent aller dans les jardins au bras d'un infirmier.

Nous ne voyons pas ce que ces malades font dans les asiles, n'étant ni dangereux ni susceptibles d'être soignés.

Leur place serait tout indiquée dans un hospice. A défaut d'hospice, on pourrait les confier à des familles de braves gens, ou, comme nous le demandions déjà pour les vieillards, à des ménages d'anciens infirmiers, qui, s'ils y trouvaient un léger bénéfice, soigneraient ces malades avec dévouement. Car on voit souvent le personnel des asiles s'attacher à ces pauvres créatures, sans que rien ne puisse expliquer la psychologie de cette affection pour un être aussi peu consolant.

Nous avons vu un jour une querelle surgir entre deux vieux infirmiers attachés depuis longtemps à des idiots : chacun revendiquait pour son *patron* la supériorité intellectuelle !

A l'asile de Bourg, on n'a jamais pu arracher à son

service une vieille religieuse plus qu'octogénaire ; depuis soixante ans elle vit avec ses malades, qu'elle aime comme ses enfants, et auxquels elle réserve non seulement ses desserts, mais encore ceux qu'elle peut subrepticement soustraire à ses compagnes.

Souvent les proches, finissant par comprendre le malade à sa mimique, s'illusionnent sur son intelligence. Telle cette mère qui vient à Charenton trois fois par semaine pour passer l'après-midi avec son fils, un idiot de trente-cinq ans, incapable de dire maman : « Si vous saviez, nous disait-elle un jour, comme il est intelligent, malheureusement, je ne puis le garder dehors, parce qu'il est trop porté pour les femmes ! »

Dans chaque asile, il y a ainsi un certain nombre d'affaiblis inoffensifs et incurables, qui ne devraient pas être internés sous le régime de la loi de 1838, et qui entravent l'organisation complexe et délicate de l'asile sans pouvoir en profiter (1).

(1) La circulaire Clémenceau, en date du 14 juillet 1908, s'exprime ainsi : « D'une manière générale, il est à considérer que l'idiot, admis « à l'assistance de la loi de 1905, serait presque toujours un objet de « gêne considérable pour les autres pensionnaires... et, chose plus « grave, que l'on ne pourrait l'hospitaliser que tant qu'il y consenti- « rait... ; or, personne ne conteste le danger que court l'idiot libre de « vaguer et les dangers qu'il fait courir à autrui. »

CHAPITRE VII

Internements abusifs de certains épileptiques.

Épileptiques non aliénés. — Épileptiques avec troubles psychiques élémentaires. — Épileptiques avec psychoses ou en état de démence. — Observation de divers types. — Ceux qui relèvent de l'asile et ceux qui n'en relèvent pas. — Des moyens d'assistance qui conviendraient à ces malades.

L'épilepsie est une névrose qui s'accompagne fréquemment de troubles psychiques. Mais, contrairement à une opinion fort répandue dans le public, la coïncidence de ces troubles et du mal comitial est loin d'être fatale. Un certain nombre d'homme connus ont été atteints de cette affection, et l'on a souvent prétendu, sans que la chose ait été rigoureusement démontrée, que Napoléon était de ceux-ci.

D'autre part, les accidents psychiques que peuvent présenter les épileptiques sont loin d'avoir chez chacun les mêmes caractères et la même gravité. On peut, en se plaçant à ce point de vue clinique, diviser ces malades de la façon suivante :

- A. Épileptiques ne présentant { a) A crises rares,
pas de troubles mentaux, { b) A crises fréquentes.
- B, Épileptiques aliénés, { a) Avec troubles psychiques
élémentaires,
b) Avec psychoses,
c) En état de démence.

La seule énumération de ces différentes formes d'épilepsie devrait suffire pour faire comprendre qu'il est irrationnel de proposer le même mode d'hospitalisation pour une catégorie de malades qui peuvent présenter des troubles si différents.

Et cependant quel autre refuge que l'asile d'aliénés pouvons-nous offrir actuellement aux comitiaux lorsqu'ils sont indigents ?

Nous avons en main un manuel intitulé : *La Commune et l'assistance obligatoire* (114). Cet ouvrage, honoré d'une souscription du Ministère de l'Intérieur, et par conséquent approuvé par l'autorité administrative, est destiné à indiquer aux maires les différents moyens d'hospitaliser les malades infirmes et incurables de leurs communes. Or, il n'y est nulle part question des épileptiques. Mais nous y avons trouvé une phrase qui, sinon dans sa lettre, du moins dans son esprit, pousse les autorités municipales à faire interner dans les asiles des malades qui ne devraient pas y être, et en particulier des épileptiques non aliénés. Nous y lisons, en effet, que « les mineurs de seize ans devenus incurables cessent de bénéficier de l'assistance médicale gratuite, et qu'en cas d'indigence de leurs parents, la seule obligation légale qu'on puisse jusqu'à nouvel ordre invoquer en leur faveur, est celle résultant de la loi de 1838, si du moins l'affection dont ils sont atteints est de celles qui comportent l'internement dans un asile d'aliénés ». Ceci veut évidemment dire que quand on n'a plus d'autre moyen de se débarrasser d'un malade, il faut se tourner du côté de l'asile..., et la restriction de la dernière ligne citée ne s'appliquera certainement pas, dans l'esprit d'un maire peu instruit, à

l'épileptique que l'on est toujours porté, comme nous le faisons remarquer au début, à considérer comme aliéné.

La circulaire du 14 juillet 1908 (commentant la loi du 14 juillet 1905) traite de la question (34). Elle ne le fait pas, à notre avis, assez clairement, mais il faut du moins être reconnaissant à son auteur, M. Clémenceau, de spécifier expressément que le médecin aliéniste est seul qualifié pour décider du mode d'assistance dont relève le malade.

Voici le passage en question, commentaire de l'article 10 de la loi de 1905.

« Les idiots et les épileptiques doivent-ils être regardés comme des aliénés régis par la loi de 1838, ou comme des infirmes incurables bénéficiaires de la loi de 1905 ? La question, souvent posée, ne comporte pas de réponse absolue. L'idiot Quant aux épileptiques..., il se peut qu'un de ces malades, même incurable, ne soit pas, du fait de sa triste maladie, empêché de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence; il se peut qu'incapable de travailler, son état ne comporte pas le placement dans un asile d'aliénés, mais il se peut aussi que ce placement soit le seul mode d'assistance qui convienne le mieux à sa situation. C'est affaire au médecin aliéniste d'en juger. »

Il résulte très clairement des lignes qui précèdent qu'un maire peut parfaitement, lorsque l'aliéniste estime que l'internement d'un épileptique est abusif, faire profiter celui-ci d'un des moyens d'assistance offerts par la loi de 1905 : assistance à domicile, *assistance familiale*, ou assistance dans un hospice ouvert. *C'est un point à retenir.*

Quoi qu'il en soit, la plupart du temps tous les épileptiques se voient internés. Il est juste d'ajouter que, bien souvent, ils sont les premiers à accepter cette solution, ils le font même d'autant plus volontiers, qu'ils sont moins troublés. Si quelques-uns, en effet, n'ayant que des crises très espacées peuvent espérer trouver du travail, d'autres, au contraire, sont incapables de gagner leur vie. D'autre part, hantés à tout moment par la peur de prendre des crises et d'en donner aux personnes qui les entourent le spectacle effrayant, ils préfèrent être internés, quittes à être privés de leur liberté. Ce sont là des faits regrettables et qui ont, en outre, comme le faisaient remarquer Girard de Cailleux et Lunier, l'inconvénient d'être illégaux (1).

Il faut donc nous attendre à trouver parmi les épileptiques beaucoup de séquestrés abusifs. Ce sont d'abord tous ceux qui ne sont pas aliénés et qui devraient être formellement refusés. Mais nous allons démontrer aussi que d'aucuns présentant des accidents mentaux ne devraient pas être retenus une vie entière dans les cours, souvent combien étroites, d'un asile. Tel est le cas du jeune R..., qui vient de passer un mois à Charenton.

(1) En effet, les instructions qui accompagnent, en le commentant, le règlement de 1857 commencent ainsi : « Il est des asiles qui, indépendamment des aliénés ordinaires, reçoivent des épileptiques « simples, c'est-à-dire qui ne sont pas frappés d'aliénation mentale. « Dans ce cas, l'article 1^{er} du règlement devra se terminer par un « paragraphe ainsi conçu : A l'établissement principal est annexé un « quartier entièrement isolé des bâtiments affectés aux déments et destiné à recevoir n. . . épileptiques non aliénés. »

OBSERVATION XXIII (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r ROGER-MIGNOT, à Charenton.)

Épilepsie remontant à quelques années. — Internement. — Absences de troubles mentaux. — Le malade demande à rester à l'asile. — On l'envoie dans une maison pour épileptiques non aliénés.

R..., fils unique, appartient à une famille de braves ouvriers. Voici dix ans qu'il est épileptique. Il a à peu près une crise par jour. Son père qui nous l'amène nous raconte de la façon suivante les circonstances qui le décident à interner son fils : « Monsieur, mon fils n'est pas fou, tâchez surtout qu'il ne voie pas de vrais fous. Je voudrais bien le garder chez moi, mais ma femme, qui a toujours été très nerveuse, est maintenant à son retour d'âge et dit qu'elle deviendra folle si elle voit encore son enfant prendre des crises. Celui-ci, du reste, ne peut pas travailler, je l'emmènerais avec moi à l'atelier mais il tombe et risque de se brûler, je suis donc obligé de m'en séparer pendant quelque temps. Je n'ai que lui, je gagne dix francs par jour, je peux donc lui payer une petite pension, plus tard nous nous retirerons à la campagne. »

Nous avons observé R... pendant un mois, il eut une dizaine de crises dont l'une assez violente, mais jamais le moindre accident psychique.

Dans ces conditions on refusa de le garder, et malgré son désir de rester à Charenton on le fit placer dans une maison privée pour épileptiques non aliénés (février 1912).

* * *

Nous avons vu que certains épileptiques ne présentent des accidents mentaux que très rarement. Ces accidents peuvent précéder une crise de quelques heures, quelque-

fois de plusieurs jours, et consister alors en accidents d'agitation ou de dépression. Ils peuvent, au contraire, apparaître au moment de la crise ou lui succéder: ce sera alors, suivant les cas, des hallucinations (aura psychique, aura hallucinatoire), ou des impulsions s'accompagnant quelquefois d'attentats contre les personnes ou les choses (meurtres, viols, incendies). Ce pourront être aussi, surtout si le malade est soumis à quelque intoxication, ou contrarié dans le milieu où il vit, des accès de mauvaise humeur et même des colères funestes. C'est qu'en effet, l'existence de ce mal encore si peu connu a pour conséquence psychologique la formation d'un caractère spécial, décrit depuis longtemps sous le nom de caractère épileptique. Marchand et Nouët (96 *bis*), G. Paul-Boncour (117), G. Hochard (71), en traitèrent encore ces dernières années: ils en ont discuté la nature, diminué la valeur diagnostique, mais en ont cependant reconnu la fréquence, et classé les principaux symptômes (irritabilité, penchant aux vices, impulsions, entêtement), troubles qui, tous, rendent la vie sociale de ces malades très difficile.

La plupart d'entre eux s'accommoderaient très bien, quand ils ne sont atteints qu'au degré que nous venons d'étudier, d'une vie de colonie agricole où régnerait une discipline peu sévère. Dans les asiles, on voit ces malades aller et venir, travailler avec les jardiniers, sortir en ville le dimanche avec des parents, des amis ou des infirmiers, et, à la seule condition qu'ils ne fassent pas d'excès alcooliques, il n'arrive jamais d'accident. Quand une crise s'annonce, ou lorsqu'elle s'est produite, l'épileptique reste quelques heures, au besoin quelques jours,

OBSERVATION XXIII (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r ROGER-MIGNOT, à Charenton.)

Épilepsie remontant à quelques années. — Internement. — Absences de troubles mentaux. — Le malade demande à rester à l'asile. — On l'envoie dans une maison pour épileptiques non aliénés.

R..., fils unique, appartient à une famille de braves ouvriers. Voici dix ans qu'il est épileptique. Il a à peu près une crise par jour. Son père qui nous l'amène nous raconte de la façon suivante les circonstances qui le décident à interner son fils : « Monsieur, mon fils n'est pas fou, tâchez surtout qu'il ne voie pas de vrais fous. Je voudrais bien le garder chez moi, mais ma femme, qui a toujours été très nerveuse, est maintenant à son retour d'âge et dit qu'elle deviendra folle si elle voit encore son enfant prendre des crises. Celui-ci, du reste, ne peut pas travailler, je l'emmènerais avec moi à l'atelier mais il tombe et risque de se brûler, je suis donc obligé de m'en séparer pendant quelque temps. Je n'ai que lui, je gagne dix francs par jour, je peux donc lui payer une petite pension, plus tard nous nous retirerons à la campagne. »

Nous avons observé R... pendant un mois, il eut une dizaine de crises dont l'une assez violente, mais jamais le moindre accident psychique.

Dans ces conditions on refusa de le garder, et malgré son désir de rester à Charenton on le fit placer dans une maison privée pour épileptiques non aliénés (février 1912).

* * *

Nous avons vu que certains épileptiques ne présentent des accidents mentaux que très rarement. Ces accidents peuvent précéder une crise de quelques heures, quelque-

fois de plusieurs jours, et consister alors en accidents d'agitation ou de dépression. Ils peuvent, au contraire, apparaître au moment de la crise ou lui succéder: ce sera alors, suivant les cas, des hallucinations (aura psychique, aura hallucinatoire), ou des impulsions s'accompagnant quelquefois d'attentats contre les personnes ou les choses (meurtres, viols, incendies). Ce pourront être aussi, surtout si le malade est soumis à quelque intoxication, ou contrarié dans le milieu où il vit, des accès de mauvaise humeur et même des colères funestes. C'est qu'en effet, l'existence de ce mal encore si peu connu a pour conséquence psychologique la formation d'un caractère spécial, décrit depuis longtemps sous le nom de caractère épileptique. Marchand et Nouët (96 bis), G. Paul-Boncour (117), G. Hochard (71), en traitèrent encore ces dernières années: ils en ont discuté la nature, diminué la valeur diagnostique, mais en ont cependant reconnu la fréquence, et classé les principaux symptômes (irritabilité, penchant aux vices, impulsions, entêtement), troubles qui, tous, rendent la vie sociale de ces malades très difficile.

La plupart d'entre eux s'accommoderaient très bien, quand ils ne sont atteints qu'au degré que nous venons d'étudier, d'une vie de colonie agricole où règnerait une discipline peu sévère. Dans les asiles, on voit ces malades aller et venir, travailler avec les jardiniers, sortir en ville le dimanche avec des parents, des amis ou des infirmiers, et, à la seule condition qu'ils ne fassent pas d'excès alcooliques, il n'arrive jamais d'accident. Quand une crise s'annonce, ou lorsqu'elle s'est produite, l'épileptique reste quelques heures, au besoin quelques jours,

à l'infirmerie spéciale de son quartier, puis il reprend le cours de sa vie journalière.

Les deux malades dont les observations suivent sont des types caractéristiques d'épileptiques incapables de vivre en famille et qui jouissent cependant à l'asile de Bourg d'une grande liberté. Il y aurait intérêt pour eux... et surtout pour les départements qui les entretiennent, à ce qu'ils soient placés dans une colonie agricole, où ils pourraient gagner leur vie et avoir la satisfaction de ne pas être étiquetés aliénés.

Nous pourrions rapporter beaucoup d'observations, d'autres malades se trouvant dans la même situation.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr A. ADAM, à Bourg.)

*Epilepsie chez un adolescent. — Crises rares. — Violences.
Tentative vaine de mise en liberté.*

Et... entre pour la première fois à l'asile de Bourg en août 1908. Il était alors âgé de 17 ans. C'était un grand garçon à la physionomie sympathique, un peu timide, ayant absolument conscience de son état. Il raconte que depuis l'âge de onze ans il tombe du haut mal. Il eut sa première crise *dans une fête foraine* ; la seconde seulement un an plus tard *au mariage d'une de ses sœurs*. Puis petit à petit, les crises devinrent plus fréquentes, elles s'accompagnèrent de troubles passagers du caractère ; si bien qu'en 1908, le jeune homme menaça plusieurs fois ses parents et enfin blessa sa mère, après avoir brisé plusieurs objets dans le magasin où il la secondait comme garçon charcutier.

A l'asile, Et... se montre très docile. Il a remarqué que ses crises survenaient de préférence soit après absorption acciden-

telle d'une quantité de boisson fermentée dépassant sa ration habituelle, soit à la suite d'onanisme. Il nous a même semblé que la moindre émotion (interpellation du médecin à la visite, appel au parloir) faisait rougir le malade et était quelquefois suivie d'accès convulsif.

En janvier 1909, Et... s'évade avec le malade de l'observation XXVI et, comme ce dernier, revient spontanément le soir. Le jeune homme reste encore quelques mois à l'asile, s'occupant au jardinage. Comme ses crises assez rares (deux ou trois par mois) ne s'accompagnent pas de violence, mais seulement d'un peu de dépression, on demande à ses parents de le reprendre (octobre 1909).

Mais, en décembre de la même année, Et... devient triste, parle de se tuer ou de tuer les siens. Il accepte très volontiers de rentrer à l'asile.

Actuellement il y est toujours ; il a aujourd'hui vingt ans, se rend parfaitement compte que son existence est gâchée, et subit patiemment son sort. Il jouit d'une grande liberté, travaille avec les jardiniers, sort avec eux en ville le dimanche, s'étant engagé à ne consommer dans ces circonstances, que de la limonade. On n'a jamais eu à se plaindre de lui. Les crises sont devenues un peu plus fréquentes, mais le caractère du malade ne s'est pas modifié.

Et... serait tout particulièrement désigné pour vivre dans une colonie agricole spécialement organisée.

OBSERVATION XXV (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.)

Epilepsie relativement récente. — Crises rares. — Troubles psychiques très passagers. — Violences sur un enfant. — Deux internements successifs. — Incapacité de vivre en liberté.

F... est né en 1875. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Deux sœurs sont mariées. On ne relève rien de patho-

comme auxiliaire à la buanderie ou au raccommodage dans la colonie. La seconde a trait à un imbécile à crises rapprochées; cet individu est absolument inéducable et ne saurait être occupé, mais il n'est nullement dangereux et pourrait très bien séjourner à la colonie au lieu d'être à l'asile.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r ADAM, à Bourg.)

Crises épileptiques très fréquentes. — Caractère essentiellement instable. — Menaces, fugues. — Incapacité de faire un travail suivi. — Pourrait être employé, sous surveillance, dans une colonie.

G... est à l'asile de Bourg depuis une quinzaine d'années. Agé actuellement de 43 ans, G... fit son service dans les cuirassiers, et ses premières crises n'apparurent que quelques années plus tard. Elles sont actuellement très fréquentes (quelquefois au nombre de quatre ou cinq par jour).

C'est surtout au point de vue des troubles du caractère que G... est intéressant; en temps ordinaire, il serait plutôt bienveillant. Il rend des services aux infirmiers et aux religieuses des quartiers; il a appris à coudre convenablement et est employé au raccommodage. Il attire quelquefois l'attention du personnel médical sur tel ou tel malade, ou sur tel ou tel fait. On peut lui confier des petites missions sans qu'il essaye de s'évader.

Mais si l'on contrarie tant soit peu G... dans ses projets, il devient en quelques minutes le malade le plus insupportable de sa division. Il se plaint du médecin et du personnel, qu'il agonit de sottises, refuse les aliments et menace de s'évader ou de se tuer. Cet état dure plusieurs jours, puis cesse petit à petit, et G... redevient pour quelques jours ou pour quelques semaines un pensionnaire aimable et serviable.

C'est au cours d'un de ces accès que G... s'évada, il y a quelque dix ans, en compagnie d'un camarade. Il resta alors un mois dehors et se laissa ramener facilement ; aujourd'hui, quand le malade est troublé, il rappelle ce fait et conclut ordinairement en disant : « Mais, si je recommence, malheur à celui qui m'arrêtera. »

Il y a deux ans, G... s'évada de nouveau ; mais il revint spontanément quelques heures plus tard, se coucha à la porte de son quartier, simulant un état stertoreux dans lequel il resta quarante-huit heures.

Quoique assez désagréable, ce malade pourrait cependant être employé, sous surveillance, à la colonie fermée.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.)

Epileptique imbecile. — Crises fréquentes.

V... est un imbecile des plus inférieurs. Il a accumulé sur sa tête tous les stigmates physiques de dégénérescence. Il est capable tout au plus d'emporter un ballot de paille ou de vider un baquet d'eau. Quand on essaye de converser avec lui, on s'aperçoit rapidement qu'il ne comprend que quelques mots. Il ne prête du reste aucune attention à ce qu'on lui dit et vous interrompt immédiatement pour vous dire « j'veux aller à Sathonay, moi ! », ou bien « donne-moi un sou ». Il accompagne les quelques phrases qu'il possède d'une mimique toute spéciale qui consiste en une grimace affreuse et un frottement rapide de ses deux mains l'une contre l'autre. Si on persiste à l'interroger, il se tire d'embarras en simulant une crise d'épilepsie ; il a recours au même stratagème pour se rendre intéressant, quand il rencontre quelque étranger autour de la maison. V..., qui est aujourd'hui âgé de 53 ans, est épileptique depuis plus de vingt ans et a des crises très fréquentes,

C'est là un cas intermédiaire, l'expérience seule montrerait si cet individu pourrait jouir sans inconvénient de l'assistance coloniale ou s'il serait préférable de le laisser à l'asile.

Mais, en dehors de ces cas, il en existe d'autres où, avec l'épilepsie, évolue une autre psychose, durable (état maniaque, état mélancolique) ou passagère (confusion mentale). Ces malades aux troubles fréquents et très accusés ne relèvent que de l'asile.

Il nous reste à signaler la démence épileptique qui est la terminaison de toutes ces psychopathies. Les malades qui en sont atteints ne jouissent plus que d'une existence purement végétative, car l'épilepsie a une tendance toute particulière à affaiblir les facultés. Comme cette démence s'accompagne souvent encore d'agitation assez fréquente, il sera bon, sauf dans des cas exceptionnels, de laisser ces malades à l'asile comme les précédents.

* * *

Il résulte des données et des observations qui précèdent que tous les épileptiques sont loin de se ressembler: ce qui faisait dire à V. Parant (116) : « De même qu'il y a fagots et fagots, il y a épileptiques et épileptiques. » Aussi en prescrivant pour tous ces malades si différents le même mode d'assistance, on court évidemment le risque de les mal hospitaliser d'abord, et ensuite d'en interner tout à fait *abusivement* un grand nombre. Aussi, serait-il beaucoup préférable de pouvoir les répartir dans des établissements différents, appropriés à l'état de chacun, ou, du moins, si on veut les réunir, devra-t-on organiser ce service de manière à ce que chacun n'y soit pas astreint à la même règle.

A l'étranger, on a construit de véritables villes d'épileptiques. Marie (103) nous a décrit Meerremberg, en Hollande, avec ses 1.500 épileptiques, dont s'occupent deux œuvres charitables : la « Société néerlandaise contre l'épilepsie » et la « Société chrétienne pour l'assistance aux épileptiques ». En Amérique, la colonie de Craig, que dirige Peterson (119) et la colonie de l'Etat d'Ohio, dont Cullerre (50) nous a expliqué l'organisation, renferment chacun de 1.200 à 1.500 épileptiques. Mais c'est peut-être l'Allemagne qui a le plus fait pour ces malades et A. Adam (2) a décrit l'organisation du service dans les asiles de Biesdorf (Berlin), Hochswietzchen (Saxe), Postdam, qui hospitalisent jusqu'à 1.100 individus; enfin, le plus important est sans contredit Bethel, près de Bièlefeld; c'est une véritable ville de 2.700 âmes, dirigée par un pasteur protestant. Alt (5), qui demande la construction de nouveaux hospices, voudrait qu'on y réservât le cinquième des places pour les comitiaux non aliénés.

En France, sauf dans deux ou trois maisons privées, la Devèze, la Teppe, etc., ou à Paris, à Lyon et à Blois, on ne peut soigner les épileptiques indigents non aliénés, et A. Adam (1) y voit la cause des insuccès dans le traitement de ces malades, qui ne reçoivent des soins que « lorsque le mal a pris droit de domicile dans l'organisme ».

La loi Dubief prévoit, pour les comitiaux, des établissements spéciaux ou des sections spéciales.

Quant à Sérieux, dont l'opinion en la matière fait autorité, il s'exprime ainsi (146) : « Le seul mode d'hospitalisation qui convienne à ces malades, c'est l'asile-colonie spécial avec, d'une part, vie en liberté au cours des

phases de lucidité, et, d'autre part, traitement et surveillance continue dans l'hôpital annexé à la colonie pendant les périodes délirantes. »

Ce serait évidemment l'idéal, mais obtiendra-t-on jamais une organisation aussi parfaite pour les seuls épileptiques ? On ne peut l'exiger de chaque département. Nous faisons nôtre l'opinion de Sérieux, mais nous croyons que cette colonie agricole pourrait n'être qu'une section de la colonie que nous demandons pour tous les aliénés susceptibles de vivre en liberté relative; il y aurait évidemment au centre l'infirmerie nécessaire. Mais, comme l'asile actuel subsisterait pour les chroniques, nous croyons qu'il serait bon d'y réserver un quartier pour les épileptiques déments ou continuellement troublés et qui non seulement ne profiteraient pas de la colonie, mais y seraient, en outre, un élément de désordre.

CHAPITRE VIII

Internements abusifs de certains aliénés dits criminels.

Les deux catégories d'aliénés criminels : ceux qui relèvent de l'asile et ceux qui n'en relèvent pas. — Inconvénients de la situation actuelle. — Observations.

Parmi les aliénés qui ont commis des crimes, il en est dont la place est indiscutablement à l'asile. Tels les délirants (hallucinés ou interprétateurs) et les malades chez qui les réactions criminelles morbides sont si fréquentes, que l'on a décrit, au début de leur affection, une période dite médico-légale (paralytiques généraux) et même (Anthème et R. Mignot) (8) déments précoces).

Nous ne rapporterons pas d'observations de ces cas. Nous en rappellerons seulement quelques exemples. Tel celui du nommé R..., dont l'observation est rapportée par Sipp (148). R..., qui est interné depuis vingt ans et qui fut successivement à Charenton, puis à Bourg, est un persécuté qui tua un ouvrier parce qu'il crachait au moment où il passait à côté de lui. Nous pourrions encore citer le cas d'un halluciné que nous observons depuis quelques mois et qui blessa un haut fonctionnaire de l'Assistance,

Mais les faits de ce genre sont légion. Il est inutile d'insister.

A côté de ce premier groupe, il existe une catégorie de sujets chez lesquels des perturbations intellectuelles s'associent aux perversions morales, de telle sorte que, lorsqu'ils ont commis un délit, ils sont déclarés, malgré le non-sens du terme, irresponsables, et, après jugement, ou expertise médico-légale et non-lieu, placés à l'asile.

Dans l'état actuel de l'assistance et de l'organisation pénitentiaire, il n'est pas possible d'agir autrement. Mais à notre tour, et après tant d'autres, nous voulons souligner ce qu'il y a d'abusif dans une telle manière de faire.

N'est-il pas, en effet, déplorable et immoral de placer dans les mêmes conditions de milieu et de traitement des individus dont l'intelligence est troublée ou affaiblie et des sujets qui, s'ils ont conservé, du moins en partie, les facultés intellectuelles, se séparent complètement des premiers par leurs mauvais instincts et par leur aptitude à la délinquance.

On s'est élevé avec indignation contre la pratique ancienne de placer les aliénés en prison; il ne faudrait pas que, sous l'influence de conceptions philanthropiques discutables, on placât les délinquants à l'asile, quand ils ne peuvent pas être traités avec fruit. Une telle pratique, si elle prenait de l'extension, ne manquerait pas d'augmenter le discrédit dont souffrent déjà les établissements d'aliénés.

Nous avons pu le constater, ces faits contribuent à augmenter la douleur des parents de malades; ils souffrent de savoir un des leurs en contact avec des individus qu'ils sont portés à considérer comme de simples pervers,

Nous avons également vu des malades se plaindre d'une promiscuité qu'à juste titre ils trouvaient offensante. Mais nous avons encore deux autres arguments à faire valoir, et nous ne croyons pas qu'ils doivent être négligés.

Le pervers ou débile criminel arrive souvent très jeune à l'asile. Habitué par le milieu où il a été élevé à se moquer de tout et de tous, il brime ses camarades et désorganise le service. Il se montre souvent grossier avec le médecin, l'ennuie continuellement au cours de la visite.

Enfin cet individu, souvent jeune, comme nous l'avons fait remarquer, mène une vie oisive, sinon nuisible, et est pour sa commune et son département une cause de dépenses qui peuvent être imposées pendant quarante ou soixante ans.

On ne voit vraiment pas pourquoi on ne ferait pas travailler ces malades dans des maisons spéciales, intermédiaires entre l'asile et la prison. (Voir les travaux de Pactet, Colin, Marie, etc., à la Bibliographie.)

Nous terminerons ce chapitre par quelques observations bien topiques, qui permettront au lecteur de se rendre compte du bien-fondé de nos assertions.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.

Imbécillité et perversions instinctives chez un adolescent.

Attentat à la pudeur. — Internement.

B... est interné depuis 1909. Son père était paralytique général; du côté maternel il y a un oncle alcoolique. B... fut

toujours anormal et vicieux, se plaisant à martyriser les bêtes et les enfants plus jeunes que lui; à 15 ans il se livre, sur une fillette de six ans, à des attouchements obscènes et en 1909, à 17 ans, il blesse gravement une gamine de neuf ans en se jetant sur elle et en lui déchirant avec la main le périnée et la cloison recto-vaginale, sans chercher à pratiquer le coït. Emprisonné pour ces faits, il est soumis à l'examen d'un expert qui, en raison des antécédents héréditaires du jeune homme, des crises épileptiques qu'il semble avoir eues deux ou trois fois, et surtout des stigmates nombreux de dégénérescence (malformations craniennes, nasales, auriculaires, dentaires, épicanthus remarquable) qu'il présente, et enfin de son état mental voisin de l'imbécillité, le fait interner.

Or, à l'asile où il est depuis deux ans, B... se montre absolument incapable de toute amélioration, il passe ses journées à taquiner les autres malades, aide un peu les infirmiers dans les gros travaux, et suit la visite en riant bêtement et bruyamment des propos des malades. Pour le soustraire à l'oisiveté, on a essayé de l'employer au nettoyage de l'infirmerie, mais il frappa un jour un malade et on dut le replacer dans un quartier. Un jour cependant il donna l'alarme au moment où un aliéné bousculait une religieuse et s'évadait; il se mit à sa poursuite et fut très fier de le ramener.

On a l'impression très nette, après avoir suivi ce malade pendant deux ans, que l'on ne pourra jamais avoir confiance en lui, ni le relâcher, qu'il a besoin d'être l'objet d'une surveillance continuelle, mais que, placé dans une maison organisée à cette fin, il pourrait très bien gagner sa vie, au lieu d'être entretenu par sa commune et son département, pendant les années, peut-être nombreuses, qu'il lui reste à vivre.

OBSERVATION XXIX (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.)

Imbécillité. — Nombreuses condamnations pour vols et outrages aux mœurs. — Internement.

C... a été interné à l'asile de Bourg à la suite d'une expertise médicale. Ce malade était alors âgé de 28 ans et poursuivi pour la neuvième fois. Il avait commencé à voler à 11 ans et fut alors placé dans une maison de correction. Il en sortit à 20 ans et fut, depuis, poursuivi quatre fois pour vol et cinq fois pour outrages à la pudeur. C... se livrait à l'exhibitionnisme devant des personnes isolées; son dernier attentat s'accompagna en outre de masturbation et de violence. On ne sait rien des parents et de l'enfance de C...; c'est un imbécile qui présente de nombreux stigmates de dégénérescence mentale et physique. Il porte au doigt des bagues en fil de fer, a ses poches remplies de vieux journaux, bien qu'il ne sache pas lire, etc.

Quand nous passons dans son quartier il ne nous quitte pas d'un pas; tantôt il est enjôleur, s'appuie sur notre bras, nous fait complaisamment remarquer qu'il ne nous a pas *engueulé* depuis au moins huit jours; puis, un autre jour, il nous agonit de sottises, nous reproche de manger l'argent des *contribuables* et nous menace de nous faire révoquer.

Bref, C... est du nombre de ces sujets pathologiques qui n'auraient besoin d'être vus par le médecin que très rarement, et qui cependant l'encombrent pendant toute la visite et l'empêchent de voir les autres malades. Il n'a jamais essayé de s'évader, bien qu'il ait souvent eu la possibilité de le faire, car il n'ignore pas que ses concitoyens le recevraient fort mal. Sa place serait dans une colonie agricole.

OBSERVATION XXX (personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.)

Débilité mentale. — Incendie volontaire. — Internement.

C... était âgé de 18 ans en 1910. Enfant naturel d'une mère alcoolique, il est de petite taille et présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence; il bégaye et est atteint de nystagmus et d'héméralopie. Quant au niveau intellectuel du malade, on peut en juger par la réponse faite à la question suivante : « Puisque vous connaissez Lyon, est-ce que c'est plus grand que Trévoux? » — « Je ne sais pas, je n'en ai jamais fait le tour et je ne suis allé qu'à Bellecour. »

C... fut accusé d'incendie volontaire; il reconnut bientôt le fait, mais prétendit que c'était sa patronne qui l'avait poussé à cet acte. En réalité, il avait voulu se venger d'un voisin qui l'avait semoncé pour avoir volé des pommes.

C... fut examiné par un expert et placé à l'asile de Bourg où il est encore. Il se montre assez docile, s'occupe à l'épluchage des légumes. Il ne demande pas à sortir, n'a jamais essayé de s'évader. Il est évidemment interné pour le reste de ses jours. Il pourrait très bien être placé dans une colonie agricole surveillée.

OBSERVATION XXXI (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr ADAM, à Bourg.)

Imbécillité. — Homicide. — Internement.

L'histoire de V... peut être racontée en quelques mots. C'est un imbécile qui était cependant capable de gagner sa vie. Vers sa vingtième année, il travaillait comme manœuvre. Il était la victime de ses camarades, qui le taquinaient. Un jour qu'il dormait, un ouvrier lui prit sa casquette et s'en servit... comme d'un

pot de chambre. V... goûta fort mal la plaisanterie et tua net celui qui en était l'auteur. Il fut interné il y a de cela quelque quinze ans et il l'est encore ; on l'emploie à des travaux de propreté. Si l'on ne peut songer à le mettre en liberté, on pourrait le faire profiter de l'assistance agricole.

CHAPITRE IX

Internements abusifs d'alcooliques et autres toxicomanes.

Internements abusifs, surtout au point de vue légal. — Difficultés pour maintenir à l'asile ces malades, qui ne peuvent cependant guérir que par un long traitement. — Observations.

Tous les faits d'internements abusifs que nous avons produits jusqu'ici étaient légalement justifiés, mais ne l'étaient pas moralement du fait de certaines circonstances surajoutées, qui auraient permis de placer ces malades dans un milieu mieux approprié à leur état.

Chez les toxicomanes, ce que l'on observe couramment, c'est l'internement abusif, au point de vue légal, alors que moralement la prolongation du séjour à l'asile serait très largement justifiée.

Nous nous éloignons donc un peu, dans ce chapitre, de l'idée directrice de notre thèse, aussi ne lui donnerons-nous qu'un court développement.

Le propre des troubles mentaux d'origine toxique, c'est d'être liés d'une manière immédiate à la présence du poison en cause dans l'organisme. Mais l'élimination de toutes les substances capables d'avoir un retentissement sur le système nerveux central se fait avec une telle

rapidité, qu'en quelques jours elle est accomplie. Ceci se passe non seulement pour l'alcool, mais encore pour la morphine, l'éther, la cocaïne, le haschisch, etc., etc.

Aussi longtemps que les troubles mentaux d'origine toxique persistent, le placement et le maintien du malade à l'asile sont légitimes. Mais, tout symptôme d'intoxication aiguë disparaissant en quelques jours, le malade ne peut plus être retenu légalement. Cependant, si le maintien n'est plus justifié du fait de l'intégrité syllogistique de l'individu, il n'en subsiste par moins que celui-ci, placé dans les conditions de la vie ordinaire, est irrémédiablement voué à s'intoxiquer encore et à présenter de nouveaux troubles mentaux. C'est dire que des considérations médicales et morales, et le désir d'ajourner une rechute fatale, aussi longtemps que n'est pas perdue l'habitude mauvaise, ne justifient que trop le maintien de l'internement.

En pratique, comment agissent les médecins d'asile vis-à-vis des toxicomanes, et en particulier des alcooliques, qui sont les plus nombreux ? Le docteur Toulouse (150) s'est livré à une enquête sur le maintien des alcooliques après la disparition des troubles délirants aigus.

En général, on les garde un mois en moyenne; or, il serait nécessaire de les garder au moins un an. Mais, ordinairement, « les plus atteints, les plus dangereux, armés de la loi, exigent leur sortie immédiate » (Roger-Mignot) (113).

A ce point de vue, nous donnons les deux observations suivantes, qui se rapportent, la première à un alcoolique, la seconde à une éthéromane remarquable :

OBSERVATION XXXII (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r DUPOUY, à Charenton.)

Alcoolisme chronique. — Violences sur sa femme. — Internement. — Mise en liberté au bout de douze jours.

T... nous est amené (placement volontaire) parce qu'il a frappé sa femme plusieurs fois. Le docteur qui le soigne a mis, et avec raison, ces accès sur le compte de l'alcoolisme auquel le malade s'adonne depuis longtemps, mais particulièrement depuis qu'il tient un comptoir.

Certificat de vingt-quatre heures : T... est atteint d'alcoolisme chronique avec irritabilité de l'humeur, propos menaçants, actes désordonnés, violences envers les siens. Tremblement accusé des mains. A observer.

D^r DUPOUY.

Mais au bout de quatre jours le malade est absolument calme, se met à demander sa sortie, qui lui est accordée après douze jours d'internement.

Nous avons appris depuis que T... avait recommencé à se montrer violent et qu'on avait dû l'interner à nouveau.

OBSERVATION XXXIII (personnelle).

Recueillie dans le service du D^r RITTI, à Charenton.

Ethéromanie — Consommation quotidienne de sept litres. — Internée pendant l'état d'ivresse, la malade exige bientôt sa mise en liberté qui lui est accordée.

M^{lle} Z..., nous est amenée à Charenton par un confrère qui la soignait depuis quelques mois. Elle est sans connaissance ; on est obligé de la descendre de voiture ; elle pousse quelques cris plaintifs et répand une forte odeur d'éther. On l'alite.

Le D^r L... nous raconte alors que sa cliente fait depuis plu-

sieurs années des excès d'éther, et qu'actuellement elle en boit *sept litres par jour*. Presque continuellement ivre, elle ne sort de cet état que pour s'exciter et rendre la vie impossible à sa mère et à son amant.

Il y a quelques jours, elle se réveilla au milieu de la nuit et sa provision d'éther étant épuisée, elle descendit en chemise dans la rue, et alla réveiller un pharmacien qui la fit ramener chez elle, après lui avoir fait absorber de l'éther à forte dose pour la calmer.

Le soir même de l'internement, M^{lle} Z... sort de sa torpeur. Elle se trouve le lendemain très déprimée, se rend compte de son état et accepte de se laisser traiter. On lui donne une petite quantité d'éther.

Mais dès le surlendemain la malade réclame sa sortie. On lui demande de patienter quelques temps. Elle ne le fait qu'à contre cœur. Huit jours plus tard, elle déclare vouloir sortir, menace d'écrire au Procureur. Le D^r Ritti déclare que, quoique non guérie, M^{lle} Z... peut être mise en liberté.

Nous sommes donc obligé de regretter que la prolongation du séjour à l'asile des alcooliques et autres toxicomanes ne soit pas la règle. Si nous disons « à l'asile », c'est toutefois à défaut d'autres établissements spéciaux. « Car, en définitive, l'assistance à l'alcoolique, en France, est fournie par l'hôpital, quand il est cirrhotique ou tuberculeux, par l'asile quand il est fou, et par la prison quand il a transgressé les lois » (113).

Notre maître, le docteur R. Mignot, qui est l'auteur des lignes que nous venons de citer, et qui, en outre, en sa qualité de médecin de l'*Œuvre de relèvement et de patronage des Alcooliques des deux sexes* (filiale de la *Ligue Antialcoolique*), a souvent à s'occuper de ces malades, nous racontait que lorsque cette société voulait essayer de désintoxiquer un alcoolique, elle était obligée de le placer à grands frais en Suisse,

Le Conseil général de la Seine a bien décidé la création d'un asile spécial, mais ce projet attend depuis 1892 d'être mis à exécution.

A Ville-Evrard, le service du docteur Legrain est, il est vrai, réservé aux alcooliques, mais on ne peut y entrer qu'à condition d'être aliéné

Nous savons, d'autre part, que l'administration et l'autorité judiciaire ont fait des observations à des médecins qui maintenaient en traitement à l'asile des alcooliques soucieux de perdre leur tendance irrésistible à boire.

Et cependant, l'observation suivante ne prouve-t-elle pas surabondamment que l'asile, ou au moins un établissement fermé, sont les seuls endroits où de tels prédisposés puissent se guérir ?

Nous croyons toutefois devoir faire remarquer que, pour prolonger le séjour à l'asile d'un malade que l'on désire désintoxiquer, il sera bon d'obtenir son consentement par écrit.

OBSERVATION XXXIV (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r A. ADAM, à Bourg.)

Alcoolisme aigu. — Deux internements. — Le malade reste un an à l'asile pour se désintoxiquer, puis y est admis comme infirmier. — Pas de rechutes depuis trois ans. — Excellent service.

T... est aujourd'hui âgé de 50 ans. Il exerçait la profession de cocher dans une ville de la Loire, où sa femme tenait un comptoir. Vers 1904 il devint veuf, et pour noyer son chagrin se mit à exagérer les excès alcooliques, auxquels il était déjà exposé du fait de sa profession,

Il ne tarde pas à tomber malade et entre à l'asile en juillet 1907. Son histoire clinique peut être brièvement résumée :

Certificat d'entrée : Folie mystique, pousse des cris, se déshabille. Refus d'aliments.

Certificat de vingt-quatre heures : Désordre complet des idées et des actes, propos incohérents, hallucinations visuelles. Alcoolisme.

Certificat de quinzaine : Dépression avec mutisme, hallucinations visuelles.

7 août : S'améliore rapidement depuis quelques jours ; se rend compte de son état.

Septembre : Très amélioré, consent volontiers à rester pour se déshabituer de la boisson. Sort fin octobre.

Mais en juillet 1908, nous voyons revenir T... dans un état d'excitation extrême ; ses patrons, qui s'intéressent à lui, racontent qu'il a fait de nouveaux excès alcooliques. Le malade est en proie au délire, il a des hallucinations terrifiantes. Il se rétablit plus lentement qu'en 1907, et ce n'est guère qu'au mois de novembre suivant qu'il est à peu près remis.

A ce moment nous recevons une lettre des patrons de T..., ils déclarent que s'ils ont repris le malade après son premier accès, c'était par pitié pour ses deux enfants qui sont très gentils, et auxquels ils s'intéressent en raison des services rendus par leur mère. Mais cette fois ils en ont assez, ils veulent prendre les enfants à leur charge, mais ne recevront plus le père.

On montre cette lettre à T..., il déclare que ces gens ont bien raison, qu'il est indigne et qu'il ne demandera pas sa sortie. On lui fait remarquer que c'est là une chose impossible, mais que cependant pour lui permettre de poursuivre sa cure de désintoxication, on peut le garder encore. On lui laisse une entière liberté et on le place comme auxiliaire des infirmiers dans une division. Au bout de quelques temps il est atteint d'une grippe assez grave, l'état mental reste bon.

Bientôt éclatée à l'asile une épidémie de scarlatine, T... s'offre pour s'isoler avec les malades et un infirmier dans un pavillon spécial.

Il fait preuve d'un entier dévouement. Mais cependant il y a un an que ce malade est à l'asile ; on lui déclare qu'on ne peut plus le garder. T... s'en montre navré, propose de sortir administrativement, mais de rester comme auxiliaire, demandant seulement qu'on le nourrisse.

Sur ses instances et étant donnés les services qu'il a rendus, on lui propose de le prendre comme infirmier, aux conditions ordinaires. T... accepte avec joie. Il y a bientôt trois ans que ces faits se passaient, et notre infirmier est coté comme un des meilleurs. Il n'a jamais fait le moindre écart. De temps à autre il va en permission dans son pays, voit ses enfants avec plaisir, mais ne parle pas de rester auprès d'eux. Il se méfie avec raison de sa passion.

Nous terminons ce chapitre sur cette observation, en regrettant que les internements abusifs auxquels les autorités s'attaquent, soient justement les seuls qui, étant utiles, pourraient, à défaut d'établissements spéciaux, être tolérés.

CHAPITRE X

Projet d'organisation de l'assistance aux aliénés.

Organisation idéale et organisation pratique. — Assistance aux aigus, aux vieillards, aux enfants, aux épileptiques, etc. — Conclusions.

Nous venons de démontrer dans une série de chapitres que l'organisation des asilès ne répondait plus à la conception que l'on se fait aujourd'hui de l'assistance aux différentes catégories d'aliénés.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre dans la dernière partie de ce travail une question aussi vaste et aussi difficile, mais nous croyons devoir résumer en quelques lignes les données éparses dans notre thèse et indiquer sommairement les moyens de remédier aux inconvénients de la situation.

Nous ne demanderons pas une organisation idéale : ce ne serait pas faire œuvre utile que de tracer les plans d'une cité que l'on ne pourrait construire faute de ressources nécessaires.

Il serait évidemment désirable que chaque département, ou au moins chaque région, possédât des hospices suffisants et variés pour soigner ses aliénés, et pour les répartir, d'une façon avantageuse pour eux et utile pour la société,

De même que l'assistance publique de Paris comprend en plus des services de médecine et de chirurgie générales des services spéciaux pour les maladies des enfants, pour la gynécologie, pour les affections cutanées et vénériennes, etc. et des sanatoriums sur les plages et dans la montagne, de même, il serait désirable, qu'en plus des services destinés à recevoir les malades atteints de psychoses aiguës, les psychiatres aient à leur disposition des institutions spéciales pour enfants, des hospices pour les vieillards affaiblis, des établissements ou des colonies où l'on pourrait hospitaliser, dans celui-ci les épileptiques, dans celui-là les idiots et les imbéciles, dans tel autre les aliénés dits criminels. Il ne serait pas moins utile d'avoir des maisons, où alcooliques et toxicomanes viendraient se débarrasser de leurs perverses passions. Mais il est bien certain que nous ne verrons pas se réaliser cette assistance idéale des aliénés ; elle sera la résultante des efforts de plusieurs générations.

Est-ce à dire qu'actuellement aucune amélioration ne puisse être proposée ? Nous voulons démontrer, au contraire, que les vices de l'organisation actuelle de l'assistance aux aliénés, et les séquestrations abusives n'en constituant qu'une des conséquences, pourraient être évitées sans qu'il en coûte autre chose que de l'initiative et de la bonne volonté de la part des médecins et de l'administration.

Laissant de côté la question des alcooliques et toxicomanes, qui s'offre, comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, à un point de vue un peu spécial, nous pouvons diviser les malades qui sont l'objet des internements que nous avons considérés comme moralement

abusifs, en deux catégories : ceux qui ne devaient pas être placés sous le régime de la loi de 1838 et ceux auxquels la loi devrait offrir un *asile*, au sens primitif du mot, mieux approprié à leur état.

Les premiers sont les malades atteints d'affections générales, les vieillards et les enfants.

Pour ce qui est des malades atteints d'affections aiguës ou chroniques et présentant des troubles mentaux, nous avons réclamé, à la fin du chapitre II, que des services spéciaux leur soient réservés dans les hôpitaux des grandes villes et de villes universitaires. L'existence de ces services aurait le double avantage de permettre de soigner immédiatement ces malades, tout en leur évitant un internement, et d'enseigner aux étudiants la manière de traiter un délirant. Une fois docteurs, ils pourraient alors former le personnel des hôpitaux de petites villes, et lui apprendre que tout malade qui a un délire et de l'agitation passagère ne doit pas être immédiatement interné. Il importe, en effet, de ne pas oublier que le plus souvent dans les hôpitaux, c'est le *personnel* de surveillance qui demande et obtient du chef de service l'internement d'un malade, sous prétexte qu'il a fait du bruit ou qu'il a parlé de se suicider. On a pu s'en rendre compte dans plusieurs de nos observations.

Mais c'est là une transformation qui ne peut se faire que lentement, et il est plus que probable que pendant longtemps encore les aliénés ne trouveront dans ces hospices que des soins insuffisants.

Aussi croyons-nous que la réforme la plus heureuse et la plus aisément réalisable serait la création des *petits hôpitaux* annexés aux asiles. Ce petit hôpital serait

en somme le quartier d'admission et de répartition, où tout nouveau malade ferait un séjour (1). Les aigus y seraient traités et en sortiraient définitivement quelques semaines après, à moins qu'ils ne deviennent chroniques, auquel cas on les placerait à l'asile ; ceux qui seraient déjà chroniques à l'entrée seraient examinés par le médecin, le temps nécessaire pour apprécier si leur place est à l'asile, à la colonie, ou à l'hospice.

Mais il serait d'importance capitale que l'admission dans cet hôpital d'observation fût libre de toute formalité légale, et que la procédure d'internement n'intervînt que lorsque serait jugé nécessaire le passage à l'asile ou à la colonie.

Pour ce qui est des vieillards, le problème se double d'une question d'ordre moral. Il n'est pas douteux qu'à l'heure actuelle le sentiment de famille est amoindri, et que dans bien des milieux on n'hésite plus à se séparer des ascendants, qui sont devenus une charge ou une cause de gêne ou de soucis dans le milieu familial. On ne porte plus à la vieillesse le même respect, le dévouement et la pitié filiale ne sont plus de règle, et chaque jour des vieillards en enfance se voient exilés de leur foyer.

Que de fois n'avons-nous pas vu, à l'asile d'aliénés, un fils nous amener son père, *pas précisément fou*, selon sa propre expression, mais devenu gênant et difficile à soigner.

L'existence d'un certificat de placement en règle met le médecin chef de service dans la nécessité de tenir ce

(1) Nous avons pu voir des quartiers de ce genre, entièrement séparés de l'asile et fort bien conditionnés, à la Roche-sur-Yon et à Amiens,

malade en observation ; mais lorsqu'il s'est rendu compte que les troubles mentaux ne sont pas incompatibles avec la vie dans le milieu familial, il doit user de toute son autorité morale pour obtenir le retour de ce vieillard auprès des siens. Si cependant le manque de famille, l'âge avancé du conjoint ou le manque de fortune rendaient l'hospitalisation nécessaire, c'est alors qu'il y aurait lieu de diriger le malade sur un hospice. Là, il ne serait pas soumis à la loi de 1838, il ne souffrira pas comme à l'asile du contact des délirants et des aliénés, et se trouvera en compagnie de vieillards comme lui.

Des connaissances psychiatriques devraient être exigées des médecins d'hospice, ou du moins ces établissements devraient être inspectés par des médecins spécialistes. Un certain nombre de ces malades pourraient profiter de l'assistance familiale dans les colonies spéciales. Malheureusement, celles-ci n'existent que dans le département de la Seine, et cependant la loi du 14 juillet 1905 donne aux Préfets tout pouvoir pour en créer, puisqu'elle institue l'assistance hétéro-familiale. Il suffirait, pour permettre au médecin spécialiste de visiter ces malades, de temps en temps, de choisir pour recevoir les vieillards présentant des troubles psychiques, des familles habitant dans un périmètre restreint, autour de l'asile, dans les trois ou quatre communes les plus rapprochées par exemple.

A ce propos, nous tenons à revenir ici sur le parti que l'on pourrait tirer des anciens ménages d'infirmiers, pour organiser cette méthode d'assistance. Ce serait peut-être aussi le moyen d'améliorer la situation de ces collaborateurs, si précieux quand ils prennent goût à leur métier.

Actuellement, des salaires souvent ridicules, la perspective d'une retraite infime ne suffisent pas pour provoquer des candidatures désirables. L'espoir de se retirer avant la vieillesse comme nourriciers chargés de la surveillance rétribuée de quelques malades sourirait assurément à certains et les attacherait à leur profession.

Pour ce qui est des enfants, nous n'y reviendrons pas ici, nous avons suffisamment indiqué, dans le chapitre que nous leur avons réservé, qu'ils ne doivent jamais être placés à l'asile, même dans des quartiers spéciaux, et nous avons indiqué, d'après le professeur Régis, quels étaient les établissements qui devaient être créés pour eux.

Quant aux malades qui devraient être placés sous le régime de la loi de 1838, mais ailleurs qu'à l'asile, ce seraient les épileptiques, rarement troublés, les anciens malades sortis amoindris d'une psychose aiguë, ceux congénitalement affaiblis, et ceux enfin, qu'une réaction antisociale, conséquence de leur nature pathologiquement perverse, a amenés dans les asiles, où ils sont, ordinairement, pour le restant de leur vie.

Nous avons vu plus haut que pour une organisation parfaite il serait nécessaire de créer pour chacune de ces catégories d'assistés des établissements spéciaux. Mais nous avons peur que ce soit actuellement beaucoup demander. Ce que le pouvoir central devrait exiger, ce serait que plusieurs départements, trois au maximum, se réunissent pour créer une *colonie agricole*. Cette colonie comprendrait plusieurs divisions dans chacune des-

quelles on classerait les malades suivant leur catégorie. Là, on les occuperait, qui à la culture des champs, qui à des travaux de raccommodage et de blanchissage, et l'on arriverait peut-être à faire vivre la communauté de son propre travail.

Il est évident que l'ensemble serait placé sous la direction d'un médecin chef directeur, et qu'une infirmerie serait disposée au centre de la colonie.

Résumant donc en quelques mots le minimum de réformes qui s'imposent, nous réclamons :

a) La création, dans les hôpitaux, de services spéciaux pour délirants et dans chaque asile d'un quartier qui servirait au traitement des aigus, et à l'observation des chroniques en vue de leur répartition dans les services suivants.

b) Le placement des vieillards dans les hospices et dans les colonies familiales, et des enfants dans des établissements spéciaux.

c) Le maintien de l'asile actuel pour hospitaliser les chroniques de toutes catégories, lorsqu'ils seraient trop pénibles ou trop dangereux pour vivre en liberté.

d) La création de colonies spéciales pour chroniques divers, aptes à travailler.

CONCLUSIONS

I. — L'internement d'un malade est *légal*, toutes les fois que celui-ci est atteint de troubles mentaux ; mais l'internement n'est *moralement justifié*, que lorsque l'asile d'aliénés s'impose, comme étant le seul et le meilleur moyen de traitement et d'assistance.

Sous le nom d'*internements abusifs*, nous comprenons les placements injustifiés au point de vue moral, bien qu'ils restent réguliers au point de vue légal.

II. — Il existe actuellement, dans les asiles, de nombreux internements abusifs.

Ils résultent de la présence dans ces établissements de malades appartenant à deux catégories. Dans la première catégorie, il faut ranger les enfants, les séniles et les malades délirant au cours d'affections passagères ou terminales. L'internement de ces sujets est en opposition, sinon avec les termes, du moins avec l'esprit de la loi de 1838. En outre, le respect, dû à la maladie, à l'infirmité et à la vieillesse, interdit d'utiliser, sans nécessité absolue, des mesures administratives de coercition.

La seconde catégorie de malades abusivement internés comprend certains épileptiques, certains aliénés chroniques inoffensifs et certains aliénés dits criminels. Tous ces sujets, tant en droit qu'en justice, relèvent bien de

la loi de 1838, mais leur maintien à l'asile d'aliénés est abusif, parce qu'ils n'y trouvent pas la forme d'assistance qui leur convient ; leur placement est un pis-aller.

III. — La disparition des internements abusifs est liée à l'amélioration des méthodes d'assistance aux aliénés, et en particulier :

a) A la création, dans les hôpitaux, de services spéciaux, réservés aux malades atteints de troubles psychiques au cours d'affections passagères ou terminales ;

b) A l'extension de l'assistance hospitalière et familiale pour les vieillards ;

c) A l'organisation d'établissements spéciaux pour les enfants ;

d) Au développement des colonies agricoles pour aliénés capables de travailler et de profiter d'une liberté relative.

Il faudra, enfin et surtout, que tout médecin, spécialiste ou non, se pénètre bien de l'importance qu'il y a à ne pas interner un malade atteint de troubles mentaux, sans nécessité absolue, et du devoir qu'il a d'user de son influence, pour rappeler les familles à des sentiments plus charitables.

Vu

Vu :

Le Président de la thèse,

Le Doyen,

A. PIC.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 février 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

(Principales abréviations : A. m. p. = Annales médico-psychologiques; Enc. = Encéphale; Inf. = Informateur des aliénistes et neurologistes; Th. = Thèse; R. ph. = Revue philanthropique; R. psy. = Revue de psychiatrie.)

1. ADAM A. — Des insuccès dans le traitement de l'épilepsie, *Th. Nancy*, 1881.
2. — Des établissements d'aliénés, d'idiots et d'épileptiques, *A. m. p.*, 1906.
3. ADAMS. — Temporary insanity following typhoid fever, *Arch. of Ped.*, 1896.
4. ALLAMAN. — Les aliénés criminels, *Th. Paris*, 1891.
5. ALT. — Rapport sur l'opportunité de la création d'un asile destiné uniquement aux épileptiques, *Monats. fur Psych. und Neurolog.*, 1897.
6. ANTHEAUME et Roger MIGNOT. — Des réclamations injustifiées en matière de séquestration, *Inf.*, 1907.
7. — Néphrite cantharidienne et délire toxi-alcoolique tardif, *Congrès de Genève*, 1907.
8. — La période médico-légale prodromique de la démence précoce, *Encéph.*, 1907.
9. ARMAND. — Nécessité de créer des hôpitaux d'aliénés curables et de délirants, *Th. Lyon*, 1902.
10. AUBRY. — Psychose de l'enfant à forme de démence précoce, *Enc.*, oct. 1910.
11. BABONNEIX. — Voir *Hutinel et B...*
12. BAJENOFF. — Préface in *Le régime des aliénés* (voir Dubief, 60).
13. BALLET G. — Traité de pathologie mentale, *Paris, Doin*, 1903.
14. — Le service des délirants de l'Hôtel-Dieu, *Presse médicale*, 1905.

15. BARBAUX. — Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants, *Th. de Paris*, 1910.
16. BENON. — Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus et subaigus, *Pr. méd.*, déc. 1911.
17. BERTHIER. — Excursion scientifique dans les asiles d'aliénés, *Paris, Savy*, 1865 (4 volumes).
18. BLIN. — Rapport au Conseil général, 1907.
19. BINET et SIMON. — Les enfants anormaux, *Paris*, 1907.
BONCOUR. — (*Voir Paul-Boncour.*)
BONNAMOUR. — (*Voir Pic*, 122.)
20. BOREL. — Du placement des aliénés criminels en Suisse, *A. m. p.*, 1905.
21. BOURNEVILLE. — Internement des alcooliques, *Congrès de Nancy*.
22. BOURNEVILLE (fils). — Réflexion sur les anormaux, *R. ph.*, 1907.
23. BRESLER. — Sur la situation actuelle des aliénés, *A. m. p.*, 1908.
24. CAMAILHAC. — Les enfants anormaux, *R. ph.*, 1899.
25. CAMPAGNOLE. — Application dans les communes de la loi du 14 juillet 1905, *R. ph.*, 1908.
26. CHAMBARD. — Du patronage des aliénés, *A. m. p.*, 1892.
27. CHAMBORO. — Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux, *A. m. p.*, 1893.
28. CHARON. — A propos de l'organisation médicale des asiles, *A. m. p.*, 1897.
29. — Rapport au Congrès de Dijon, 1908 (Enfants anormaux).
30. CHARON et COURBON. — Anomalies psychiques de l'enfance et maladies somatiques, *Enc.*, 1911.
31. CHAZAL. — Les anormaux psychiques, *Th. de Lyon*, 1907.
32. CHRISTIAN. — Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales, *A. m. p.*, 1905.
33. Circulaire du 10 novembre 1906, *Inf.*, 1906, page 250.
34. Circulaire du 14 juillet 1908, sur l'application de la loi du 14 juillet 1905, *R. ph.*, 1908.
35. CLÉMENTCEAU. — *Voyez circulaire.*
36. — Notes de voyage en Argentine et au Brésil, *Illustration*, 1911.

37. DE CLÉRAMBAULT. — Régime des aliénés en Angleterre, *A. m. p.*, 1908.
38. COLIN. — Traitement par le retour à la terre, *R. de psy.*, 1907.
39. — Asile des débiles moraux, *R. de psy.*, 1906.
40. — Aliénés difficiles, *R. de psy.*, 1907.
41. — Quartiers pour aliénés criminels, *R. de psy.*, 1907.
42. — Asile de Gaillon pour dangereux, *R. de psy.*, 1905 et 1906.
43. COLIN et VIGOUROUX. — Aliénés difficiles, *Inf.* 1907.
COMBY. — *Voir Gaucher et C...* (67).
44. COSSA. — Des modifications à apporter à la législation française sur les aliénés, *Inf.*, 1908 et 1909.
45. CONSTANT, LUNIER et DUMESNIL. — Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur, *Imprimerie Nationale*, 1878.
COURBON. — *Voir Charon* (30).
46. CROCHET. — Accidents nerveux de l'érysipèle, *Th. Paris*, 1895.
47. CULLERRE. — Les établissements d'aliénés de l'Etat de New-York, *A. m. p.*, 1896.
48. — No restraint et Open door., *A. m. p.*, 1994.
49. — Etablissement d'aliénés de l'Etat de New-York, *A. m. p.*, 1905.
50. — L'hôpital d'aliénés de l'Etat d'Ohio, *A. m. p.*, 1911.
51. DAMAYE. — L'hospitalisation des aliénés aigus et curables, *R. de ps.*, 1911.
52. — La période de curabilité dans les affections mentales, *Progrès méd.*, 1910.
53. DAMAYE et MÉZIE. — Placement nécessaire et précoce des malades atteints de troubles mentaux, *Echo médical du Nord*, 1909.
54. DAYRAS. — Les aliénés, *Paris*, 1883.
55. DELASIAUVE. — Discussion sur les épileptiques, Société méd.-psy., *A. m. p.*, 1866.
56. DESWARTE et HAMEL. — Asiles régionaux, *Inf.*, 1909.
57. VAN DEVENTER. — Assistance des aliénés à domicile, *Inf.*, 1910.

58. DIEUZAIDE. — Troubles intellectuels transitoires de la fièvre typhoïde chez les enfants, *Paris*, 1903.
59. DROUINEAU. — La nouvelle loi sur les aliénés, *R. ph.*, 1907.
60. DUBIEF. — Le régime des aliénés, *Paris, Roussel*, 1909.
DUMESNIL. — *Voir Constans, Lunier et D...* (45).
61. DUVAL. — Gheel ou une colonie d'aliénés, *Paris, Hachette*, 1867.
62. FÉRÉ. — Du traitement des aliénés dans les familles, *Paris, Alcan*, 1889.
63. FERRUS. — Des aliénés, *Paris*, 1834.
64. FOVILLE (fils). — Les aliénés, *Paris, Baillière*, 1870.
65. FRIOT. — Contribution à l'étude des aliénés dangereux et criminels, *Th. Bordeaux*, 1890.
66. GARNIER P. — Internement des aliénés, *Paris, Rueff*, 1898.
67. GAUCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, *Paris, Masson*, 1904.
68. GIBOULET. — Assistance aux sourds-muets arriérés, *R. p.*, 1903.
GILBERT-BALLET. — *Voir Ballet*.
GIRARD DE CAILLEUSE. — *Voir Delasiauve* (55).
69. GIRAUD. — La revision de la loi, *A. m. p.*, 1907.
HAMEL. — *Voir Deswarte* (56).
70. HERVÉ. — L'article 29 de la loi de 1838, *Th. Paris*, 1911.
71. HOCHARD. — Contribution à l'étude du caractère des épileptiques, *Th. Paris*, 1909.
72. HOUËIX. — Des maladies dont l'internement dans les asiles doit être différé, *Gaz. méd. de Nantes*, 1908.
73. HUTINEL et BABONNEIX. — Maladies des Enfants, *Paris*, 1909, *Art. Psychoses*.
74. IZARD. — *Th. Bordeaux*, 1903.
75. JACQUIN. — Tumeur maligne et aliénation mentale, *R. de psy.*, 1900.
76. — Assistance et traitement des enfants arriérés, *B. ph.*, 1905.
77. JACQUIN et MARCHAND. — Syndrome pseudo-bulbaire ; tumeur du corps calleux, *Encéphale*, 1911.
78. KÉRAVAL. — Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, *Cong. de Pau*, 1904.

79. LADAME. — De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques, *Cong. de Clermont*, 1894.
80. LÉGER. — Du régime administratif des aliénés, *Paris, Roussel*, 1899.
- LEGRAIN. — *Voir Magnan* (85).
81. LEPEUPLE. — De l'assistance aux aliénés criminels, *Th. de Bordeaux*, 1909.
82. LE ROY DES BARRES. — Les ariérés scolaires, *Th. Paris*, 1909.
- LEVIZON. — *Voir Marie* (108).
- LIBERT. — *Voir Sérieux* (147).
- LUNIER. — *Voir Constans* (45).
- *Voir Delasiauve* (55).
83. — Des épileptiques ; moyens de traitement et d'assistance qui leur sont applicables, *A. m. p.*, 1881.
84. MANHEIMER. — Troubles mentaux chez les enfants, *Paris*, 1899.
85. MAGNAN et LEGRAIN. — Asiles spéciaux pour alcooliques, *Rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique*, 1895, fascicule 52.
86. MARANDON et MONTYEL. — De l'hospitalisation des épileptiques, *A. m. p.*, 1893.
87. — Cure des buveurs, *A. m. p.*, 1894.
88. — Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle, *Bulletin général de thérapeutique*, 1896.
89. — L'Open-door à Ville-Evrard, *A. m. p.*, 1896.
90. — La thérapeutique de l'alcoolisme par l'internement prolongé des buveurs, *Revue de méd.*, 1897.
91. — L'hospitalisation des aliénés et les nouveaux asiles ouverts, *A. m. p.*, 1898.
92. — Maintien des alcooliques, *R. de psy.*, 1902.
93. — Les aliénés criminels et leur assistance, *R. phil.*, 1905.
94. — Assistance familiale des buveurs, *R. de ps.*, 1907.
95. MARCHAND. — Manuel de médecine mentale, *Paris, Doin*, 1909.
96. — *Voir Jacquin*, (77).
96. MARCHAND et NOUET. — Paralyse générale infantile, *Société médicale des hôpitaux*, 1908.
- 96 bis — *Revue de médecine*, nov. 1907 (Caractère épileptique).

97. MARCHAND et G. PETIT. — Chorée et troubles mentaux, *Rev. de psy.*, 1911.
98. MARIE A. — Assistance de l'aliéné en famille, *R. phil.*, 1899-1900.
99. — Divers modes d'assistance aux aliénés, *R. de psy.*, 1900.
100. — Etat actuel de l'assistance familiale, *R. de psy.*, 1902.
101. — Les aliénés délinquants et l'open door, *R. ph.*, 1903.
102. — Du traitement de la folie par l'hôpital ouvert, *R. ph.*, 1905.
103. — Quelques mots sur l'assistance des épileptiques en Hollande, *R. phil.*, 1907.
104. — L'assistance des aliénés au Japon, *R. ph.*, 1907.
105. — L'After Care ; assistance des aliénés en Amérique, *R. ph.*, 1908.
106. — Médecins et éducateurs d'arriérés, *R. ph.*, 1908.
107. — L'assistance des débiles adultes par le retour à la terre, *R. ph.*, 1909.
- Voir Vallon (162)
108. MARIE et LEVISON. — L'assistance des aliénés en Danemark, *R. ph.*, 1907.
109. MARIE et VIGOUROUX. — Quels malades faut-il placer dans les familles ? *R. de pr.*, 1900.
110. MARIOTTE. — Essai sur l'état mental des cancéreux, *Th. Bordeaux*, 1907.
111. MAUPATÉ. — Quels sont les aliénés que la loi prescrit ou permet d'interner ? *Inf.*, 1907.
112. MEILHON. — Législation relative à l'alcoolisme. *A. m. p.*, 1895.
- MÉZIE. — Voir Demaye (51).
113. MIGNOT. — Assistance des alcooliques in *Traité de l'alcoolisme de Triboulet, Mathieu et Mignot, Paris, Masson*, 1905.
- Voir Antheaume.
- NOUET. — Voir Marchand (96).
114. OGIER. — La commune et l'assistance (2 vol.), *Paris, Dupont*, 1908-1909.
115. PACTET. — Détenus aliénés pendant leur peine, *Inf.*, 1909.
116. PARANT. — L'assistance publique des épileptiques, *A. m. p.*, 1903.

117. PAUL-BONCOUR. — Le caractère épileptique chez l'enfant, *Progrès médical*, 21 déc. 1907.

— Voir *Philippe* (121).

118. PEETERS. — Lecture à l'Académie royale de Belgique, 1905.

119. PETERSON. — Note sur la colonie de Craig pour les épileptiques, *A. m. p.*, 1896.

PETIT G. — Voir *Marchand* (97).

120. PETIT H. — Les aliénés dits criminels, *Th. Paris*, 1904.

121. PHILIPPE et PAUL-BONCOUR. — L'éducation des anormaux, *Paris, Alcan*, 1910.

122. PIC et BONNAMOUR. — Précis des maladies des vieillards, *Paris, Doin*, 1911.

123. PONS. — Deux asiles d'aliénés criminels, *A. m. p.*, 1896.

124. PORNAIN. — Assistance et traitement des idiots et imbéciles, *Th. Paris*, 1899.

125. PUJADAS. — Colonies agricoles pour aliénés, *Inf.*, 1910.

126. RAMADIER. — L'assistance des épileptiques et des idiots en Loir-et-Cher, *A. m. p.*, 1911.

127. RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 4^e édition, *Paris, Doin*, 1909.

128. Les délirants des hôpitaux ; leur assistance, *Presse médicale*, 1903.

129. Les anormaux psychiques des écoles, *Rapport au Maire de Bordeaux*, 1907.

130. Les classes d'anormaux à Bordeaux, *R. phil.*, 1909.

131. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1910.

132. Le rôle du médecin dans l'assistance éducative des anormaux, *La Clinique*, 15 déc. 1911.

133. REGNARD. — Rapport sur la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, *A. m. p.*, 1901.

134. RITTI. — Service des aliénés en Hongrie et à Constantinople, *A. m. p.*, 1900.

135. RODIET. — Du choix des aliénés aptes à vivre en colonie familiale, *Inf.*, 1910.

136. — Le placement familial des aliénés inoffensifs, *R. phil.*, 1910.

ROGER-MIGNOT. — Voir *Mignot*.

137. ROUBINOVITCH. — La législation française des aliénés, *Revue des Deux Mondes*, 1909.

138. ROUBY. — De l'internement des aliénés en Angleterre, *A. m. p.*, 1896.
139. — Hôpital d'alcoolisés, *A. m. p.*, 1894.
140. ROUSSEL Théophile. — Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, Palais du Luxembourg, 1884.
141. SANCTE DE SANCTIS. — Demencia praecocissima, *Folia neurobiologica*, 1908.
142. SEGUIN. — Rapport et mémoire sur l'éducation des enfants normaux et anormaux.
143. SÉRIEUX. — L'asile d'alcooliques du département de la Seine, *A. m. p.*, 1895.
144. L'évolution de l'assistance des aliénés en Allemagne ; les réformes nécessaires en France, *R. ph.*, 1906.
145. L'assistance aux aliénés (Rapport au Conseil général), *Paris, Imprimerie Municipale*, 1903.
146. Condition actuelle des aliénés en France et à l'étranger, *Inf.*, 1907.
147. SÉRIEUX et LIBERT. — La Bastille et ses prisonniers, *Enc.*, 1911.
- SIMON. — Voir *Binet* (19).
148. SIPP. — Les aliénés dangereux, *Th. de Lyon*, 1895.
149. STRAUSS. — Assistance et éducation des enfants anormaux. *R. ph.*, 1903.
150. TOULOUSE. — Maintien des buveurs après la disparition des troubles aigus, *R. de psy.*, 1902.
151. Le classement des aliénés dans les asiles, *R. ph.*, 1898.
152. — Doit-on interner les aliénés ? *R. de psy.*, 1901, *Journal des Débats*, 1901.
153. — Etat actuel de l'assistance familiale, *R. de psy.*, 1902.
154. — Des hôpitaux ouverts pour aliénés, *R. de psy.*, 1904.
155. — Traitement en dehors des asiles, *R. de psy.*, 1905.
156. — Asile familial en Ecosse, *R. de psy.*, 1906.
157. — Assistance des aliénés à l'asile et en famille, *R. de psy.*, 1907.
158. — Placement des aliénés au Brésil, *R. de psy.*, 1907.

159. TROUBERT. — Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections concomitantes, *An. des mal. des or. et du larynx*, mai 1904.
160. TRUCHON. — De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, *Th. de Lyon*, 1894.
161. URGUHART. — Le régime des aliénés en Ecosse, *A. m. p.*, 1910.
162. VALLON et MARIE. — Les aliénés en Russie, *Paris*, 1899.
163. VERNET. — *Th. de Paris*, 1903.
VIGOUROUX. — Voir Colin (43) et Marie (109).
164. VINCHON. — Délires des enfants, *Th. de Paris*, 1911.
165. VOISIN. — La question des enfants anormaux, *Inf.*, 1908.
— Voir Delasiauve (55).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique de l'assistance aux aliénés et conditions légales de l'internement et de la sortie	19
CHAPITRE II. — Internements abusifs de malades présentant des troubles mentaux au cours d'affections générales chroniques ou aiguës	30
CHAPITRE III. — Internements abusifs de vieillards	51
CHAPITRE IV. — Internements abusifs d'enfants	67
CHAPITRE V. — Internements abusifs de malades améliorés . .	79
CHAPITRE VI. — Internements abusifs d'adultes atteints de faiblesse intellectuelle.	86
CHAPITRE VII. — Internements abusifs de certains épileptiques.	92
CHAPITRE VIII. — Internements abusifs de certains aliénés dits criminels	107
CHAPITRE IX. — Internements abusifs de certains alcooliques et toxicomanes.	114
CHAPITRE X. — Projet d'organisation de l'assistance aux aliénés	121
CONCLUSIONS	128
BIBLIOGRAPHIE	130
TABLE DES MATIÈRES. .	

